DIE SOGENAAMDE ADENOMIOME VAN DIE OVARIUM

door

A. P. VAN HEERDEN

DIE SOGENAAMDE ADENOMIOME VAN DIE OVARIUM.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/diesogenaamdeade0000anne

Medical Library

DIE SOGENAAMDE ADENOMIOME VAN DIE OVARIUM

PROEFSKRIF TER VERKRYGING VAN DIE GRAAD VAN DOKTER IN DIE GENEESKUNDE AAN DIE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM, OP GESAG VAN DIE RECTOR MAGNIFICUS Dr. R. C. BOER, HOOGLEERAAR IN DIE FAKULTEIT VAN LETTERE EN WYSBEGEERTE IN DIE OPENBAAR TE VERDEDIG IN DIE AULA VAN DIE UNIVERSITEIT OP DINSDAG 11 DESEMBER 1923 OM 4 UUR DEUR

ANNE PETRONELLA VAN HEERDEN

GEBOREN TE BETHLEHEM

ORANJE VRYSTAAT

H. J. Paris
Amsterdam - 1923

Aan my Moeder
en die nagedagtenis van
my liewe Vader

By die voltooiing van my proefskrif is dit my 'n baie aangename voorreg om U, Hooglerare van die Mediese en Natuur-Filosofiese Fakulteite, my grote dankbaarheid en erkenning te betuig sowel vir die onnerwys van U ontvang, as Hooglerare, as vir die besielende invloed van U uitgegaan as mense. Besonder aangenaam was dit my, met sovele van U in persoonlike aanraking te kom, en U welwillendheid en hulpvaardigheid in my vele moeilikhede, so vriendelik betoon, sal by my in lewendige herinnering bly.

Met grote leedwese herdenk ek hier die heengaan van my vroeëre Hooglerare STRAUB, WERTHEIM SALOMONSON, VERSCHAFFELT, PEL en TREUB.

U, Hooggeleerde VAN ROOY, Hooggeagte Promotor, dank ek in die besonder vir U leiding en steun in die voltooiing van my werk. Op hoge prys stel ek die gelegenheid by U te mag promofeer as ook U grote gastvryheid my op U kliniek te laat hospiteer.

Gaarne maak ek van die geleentheid gebruik om U, Hooggeleerde DE VRIES te bedank vir U belangstelling en hulp in my ondersoek.

U, Hooggeleerde DE JOSSELIN DE JONG, is ek grote erkentelikheid verskuldig, vir U welwillendheid om my preparate ook deur te kyk en vir die steun van U besondere kennis, juis op die gebied, gegee. Dankbaar is ek U ook vir die geleentheid om U preparate van adenomiome te mag ondersoek.

U, Seergeleerde DRIESSEN, is ek veel verskuldig vir die eindelose geduld waarmee U naar my geluister het, en voor U kostbare hulp by die ondersoek van my preparate. U krietiese en heldere blik het my menigmaal van 'n dwaalspoor gered.

Ten slotte betuig ik my hartelike dank aan almaal wat my behulpsaam was, en ook aan die Faculteit vir sy verlof om die proefskrif in myn moedertaal te mag samestel.

INHOUD.

INLEIDING.

HOOFDSTUK I. Blz.
Die Adenomiome in die Algemeen 3

HOOFDSTUK II.
Teorië omtrent die Ontstaan van die Adenomiome 21

HOOFDSTUK III.
Ovariale Adenomiome 42

HOOFDSTUK IV.
Eie Ondersoek 66

HOOFDSTUK V.
Toevallige Vondse in die Ovarium 78

HOOFDSTUK VI.
Beskouinge 80

LITERATUUR 93

INLEIDING.

Die bepaalde woekeringe wat ek wil bespreek is bekend onder vele name. Meestal berus die benaming op die mening van die ondersoeker en sy vondse. Die oudste naam is „Adenomiome", maar latere ondersoekers wat geen spierweefsel kon aantoon nie, gee die voorkeur aan „adenosis", „fibro-adenomatose", „endometrioma", ens. en nog anners, wat meen dat die woekering berus op ontsteking wil „adenoserositis", of „adenomyositis", of 'n dergelike benaming hê.

Die vraag of die spierontwikkeling 'n essensiele bestanddeel van die woekeringe is, of alleen maar 'n hieperplasie van alreeds bestaande spierweefsel ontstaan onder invloed van die epiteliale prikkel; of dat daar miskien twee aparte woekeringe is waarby die een wel, die ander nie, spierontwikkeling gee, of dat dit stadia is in die ontwikkeling van een en dieselfde toestand, moet nog beslis word. Met alle voorbehoud dus, hou ek my aan die oudste benaming, die adenomiome, wel 'n biekie beinvloed deur die feit dat my eie preperate, sowel as die op ander localisasies, wat ek gesien het, almaal spier besit.

Die bedoeling was oorspronklik om alleen die adenomiome van die ovaria te behandel, maar vir redes wat nader uiteen sal gesit word, het ek hoe langer hoe meer tot die konklusie gekom dat dit onmoontlik is, deur bestudering van die adenomiome van één bepaalde lokalisasie tot 'n juiste insig te kom van die wyse van ontstaan en die wese van die eienaardige woekeringe. Die vraagstuk van die adenomiome, waar hy ook mag voorkom, moet as één geheel beskou word. Daarom word in kort die adenomiome in die algemeen bespreek.

HOOFDSTUK I.

Die Adenomiome in die Algemeen.

Na 'n sorgvuldige onderlinge vergelyking van die literatuur omtrent die adenomiome van alle verskillende lokalisasies, en van die daarby gevoegde mikrofotografië en plate, en my eie preparate, as ook die ander preparate wat ek gesien het, meen ek dat die volgende 'n juiste beeld is van die adenomiome soas hulle op verskillende lokalisasies voorkom. Die vraag of 'n adenomioom 'n egte geswel is, of wel die produkt van 'n ontsteking, is nog ope. In elk geval onder adenomioom word verstaan 'n eienaardige woekering bestaande uit klierbuise en cystes. Die klierbuise en cystes lê ingebed in 'n celryke stroma, die sogenaamde sitogeen weefsel; in sommige gevalle is daar ook 'n spierontwikkeling, maar hulle kan ook voor kom sonder enige spierweefsel. Dit is hierdie feit wat aanleiding gegee het tot die diwerse name wat die woekeringe dra, en die wat die woekeringe so gevind het sonder spierweefsel sê die naam van adenomioom is onjuis en wil liewer hê dit moet adenosis of endometrioma, ens., heet, en hulle word hierin bygestaan deur anders weer wat meen dat die teenwoordigheid van spierweefsel toe te skryf is aan eenvoudige hieperplasie van alreeds bestaande spiervesels. Bij die woekeringe nou word algemeen die volgende feite vasgestel:

1. Dit kom alleen by die vrou voor, nog nooit is dit by die man geconstateer nie.

2. Die oorgrote meerderheid word beskrijf as voorkomende tussen bepaalde leeftijdsgrense, naamlik in die geslagsrype periode en dan wel vanaf die dertigste jaar tot aan die menopouse. Wel kom gevalle voor tussen twintig en dertig jarige leeftyd, maar tog vry seldsaam. Meer veelvuldig word dit beskryf na die menopouse, maar dan skyn dit in 'n soort atrofiese toestand te wees en word toevallig gevind. Die toevallige vonds egter sê niks, want in die oorgrote meerderheid, ten spyte van die bewering dat 'n mens dit in ten minste vyftig persent uit annamestiese en klieniese gegewens moet kan diagnostiseer, is dit tog 'n toevallige vonds by operaties op ginekologies gebied. Die geval deur LOCKYER aangehaal uit 'n stuk van SÄNGER, wat dit weer van NICOLAYSEN oorneem, van 'n adenomioom van die ligamentum rotundum by 'n kind van vier en 'n half jaar oud, het ek op gesoek. Daar vind ek alleen melding van 'n kind van vier en 'n half met 'n dubbelsydig hiedrosoel van die prosessus vaginalis, en 'n boon-grootte aanswelling van beide ligamenta rotunda. Daar was geen histologiese beskrywing by nie. Die ander uiterste leeftijdsgrens was die van die geval van BABES waar die patiente een en negentig jaar oud was.

Heel vaak word gevalle beskryf waar die pasiente aan iets anders dood is, soas tuberkulose, karsinoom ens., en by ondersoek van die genitalië word adenomioom gekonstateer.

3. Die histologiese beeld van die woekeringe lyk sprekend op die baarmoederslymvlies en wel so sterk dat dit soms onmoontlik is om uit te maak, tensy 'n mens ook die omliggende weefsel te sien kry, of te doene is met die uterus mukosa of die klierbuise van die woekering. Ook die sito-

gene weefsel, wat die epiteelbuise omgee, is presies eender met die stroma van die baarmoederslymvlies. Dit vertoon die selfde embrionale tiepe.

4. Die ooreenskoms met die uterus mukosa beperk hom nie tot die bou nie; ook die funksie is volkome eender. Die woekeringe vertoon 'n menstruele reaksie. Histologies is hierdie deelname aan die menstruasie altijd aantoonbaar en wys sig in die uitstorting van bloed in die cystes, in die lumina van sommige van die klierbuise, en in die omliggende stroma, presies soas dit in die uterus tydens die menses gebeur. Deur sommige skrywers is dit aangetoon dat in die klierbuise van die woekeringe die selfde siekliese stadium te sien is, as in die uterus slymvlies van die pasiente. In die mikrofotografie by hierdie werk gevoeg sien ons dat dit sowat hier ook uitkom.

Ook oorblyfsels van voorafgegane bloedinge word gekry in die vorm van bloedpigment en hemosiderine.

Klienies uit die deelname aan die menstruasie sig in vermeerderde pynlikheid en swelling tydens die menses. Die swelling — en ook dat die knobbels rooi word — word veral duidelik gesien by die oppervlakkige adenomiome soas byvoorbeeld in woekeringe van die lies, die nawel en by laparotomielittekens. Ook in die dieper gelege woekeringe egter, kan dit waargeneem word. Waar die darm betrokke is, en dien-ten-gevolge die lumen vernou is, gee die swelling van die adenomiome, tydens die menses, 'n nog sterker vernouing van die lumen van die darm, wat aanleiding kan wees vir 'n hardnekkige obstipasie. Egte bloeding gedurende die menses is gekonstateer deur Cullen, uit die darm; Casler het 'n geval beskryf waar 'n pasiente geregeld gemenstrueer het uit die vagina na die extirpasie

van die uterus en een adneksum. By 'n twede operasie blyk dat die bloeding ontstaan uit die agtergeblewe ovarium wat in 'n adenomioom verander is. Ook by die woekeringe van die nawel, liesstreek en laparotomielittekens is die verskynsel waargeneem. Wat ek egter nie weet nie, en wat ek nergens vermeld kon vind nie, is of hierdie bloed wat uit die adenomiome te voorskyn kom, ook dieselfde karakter as die menstruele bloed het, wat stolbaarheid betref.

'n Verdere funktie wat die uterus slymvlies eie is, is om te dien vir die innesling van die bevrugte ei. Vir so ver ek weet is 'n adenomioom swangerskap nog nie waargeneem by die adenomiome, maar ek sou nie weet waarom dit nie sou kan gebeur nie, daar die ei, wat sy innesling betref, hom lang nie alleen aan die uterus hou nie.

5. 'n Derde eienskap wat die uterus slymvlies het, maar wat ook nie tot die baarmoeder slymvlies alleen beperk is nie, is die desiduale reaksie by swangerskap. In gevalle waar toevallig 'n swangerskap tegelykertyd met 'n adenomioom voorgekom het, is aangetoon dat die sitogene weefsel van die woekering 'n desiduale reactie vertoon het. Maar 'n desiduale reaksie word op verskeië plekke waargeneem. Dit is beskryf op die omemtun en die appendiks ; Lockyer beskryf dit as makulae op die oppervlakte van die ovarium en op die peritoneum by 'n sewemaands swangerskap. By tubaswangerskap is 'n desiduale reaksie waargeneem op die breë band. Alfieri sê dat gedurende swangerskap is die epiteel selle van die peritoneum verander van plat tot kubies.

6. Die woekeringe kom verder voor in laparotomielittekens, maar dan uitsluitend na operasies aan die vroue-

like genitaal apparaat, nog nooit is dit waargeneem na 'n gewone buikoperasie. Wel is een geval beskryf deur MAHLE en MACCARTY waar geen ginekologiese operasie plaas gevind het nie, maar waar vijf-en-twintig jaar te vore 'n appendiksekstirpasie gedaan was. Hierby was drainage nodig. Onder die litteken was 'n adenomioom aanwesig, wat op die littekenweefsel oorgegryp het. Hulle beskou dit as 'n adenomioom van die ronde ligament. Of dit nou werkelik iets te maak het met die appendektomielitteken, behalwe dat dit daar op oorgegryp het ? Die adenomiome op hierdie lokalisasie word beskryf as ingebed in littekenweefsel.

Wat die histologie betref is dit bij al die woekeringe presies dieselfde, met uitsondering van die spierontwikkeling. Die eerste, volgens LOCKYER, „betroubare" beskrywing van die histologie van adenomiome is deur VON RECKLINGHAUSEN gedaan, en is as volg. VON RECKLINGHAUSEN verstaan onder adenomiome, miomateuse uterustumore wat werkelike kliere bevat ; en onder cystadenome, dieselfde tumore, sodra hulle tot cystvorming oorgaan. Hy het 'n geval gehad waarin 'n cyste, gevul met teeragtig inhoud, sy aandag getrek het. Midden in die hiepertrofiese uteruswand was egte klierbuise, bekleed met hoogsilindries trilhaarepiteel. Die woekeringe is goedaardig en hoort almaal in een klas tuis ; hulle kom in die tuba en uterus voor, dus in dié gedeeltes van die genitaal apparaat waar kragtige spierontwikkeling is, en by voorkeur in die perifere lage, en is gekenmerk deur adhesies, waarskynlik van ontstekingsagtige oorsprong. Hulle kan tot ver in die omliggende weefsel indring, selfs deur die serosa, maar is meestal intraperitoneaal, en is te onderskei van fibromiome in so

ver dat hulle in die omgewende weefsel infiltreer, terwijl die fibromiome 'n duidelike wand het. Die tumore in die perifere lage van die uterus- en tubawand gelege, stam af van die Wolfse ligaam, en wel van die mesonefros; die sentraal gelege woekeringe kan van die uterus mukosa ontstaan. Vervolgens onderskei hy vier soorte, harde en weke, cysteuse en teleangiektatiese. As VON RECKLINGHAUSEN nou die fynere bou van die woekeringe gaan beskryf kry 'n mens sterk die indruk dat hy uitgaan van 'n vooropgestelde mening, naamlik die afstamming van die mesonefros. En hy soek net so lang, totdat hy formasies kry wat pas by die van die oernier, volgens die beskrywing van MIHALKOWICS. Dit word erg ingewikkel, maar ten slotte behoort hierdie tumore tot die „organoide" tumore, waarin die hele struktuur van 'n klierapparaat gevolg kan word, inteenstelling met die „histoide" tumore. So sou daar voorkom nouë regte buise met trilhaar-epiteel, versamelbuise: wyëre gekronkelde buise met lager epiteel, sesernerende buise: ronde uiteindes wat 'n plat epiteellaag dra, „endkolben": plaaslike verwyding van tubules, ampullas. Op die bodem van die ampullas kom kleine verhewenhede voor, die pseudoglomeruli, wat hij denk is spesialeapparate vir die diapedesis van rooibloedligaampies, maar hulle kan ook inrigtinge wees wat vir sekresie dien. En eindelik 'n samesmelting van verskeië buise om 'n hoofkanaal te vorm. Die geheel is in 'n kamvorm gerangskik. Aangesien dit slegs enkele entoesiastiese aanhangers van VON RECKLINGHAUSEN met sy mesonefros teorie geluk is, om die ingewikkelde struktuur terug te vind kan 'n mens nie te veel waarde aan hierdie beskrywing heg nie. Gaan ons nou egter die woekeringe na, soas later meer naar die

werklikheid beskryf, en wat ook duidelik te sien is uit bygevoegde mikrofotografië, dan sien ons dat die woekeringe bestaan uit 'n weefsel wat nie te onderskei is nie van die uterus slijmvlies. Daar laat sig erken klierbuise, bekleed met silindries epiteel, waarvan die kerne van die epiteel selle min of meer ovaal is, en met hulle as in die lengterigting van die selle lê. Die kerne kleur diep en is min of meer sentraal gelege. Op plekke vertoon die klierbuise verwijdinge.

Soms kan hulle 'n biekie vertak, en groter of kleiner cystes kan gevorm word. Die cystes word bekleed met silindries epiteel wat hier en daar trilhaar besit. In die klierlumina word rooibloedligaampies gevind. Die stroma bevat bloed of bloedpigment, en in die grootste cystes is gewoonlik ingedikte ou bloed wat sjokolade-kleurig is.

Lauche maak daar op attent, dat hij in verskeië woekeringe cystes gekry het waarby aan die een kant 'n soort kussen van baie selryk sitogene weefsel was, terwyl aan die ander kant van die cyste was die stroma selarmer. Op die kant nou, waar die meeste stroma is, is die epiteel hoog silindries, op die selarme kant egter, is dit kubies tot plat. Hy wys vier mooie mikrotofografië waarop hy hierdie verskynsel vertoon. By die bestudering van die mikrofotografië van verskillende andere skrywers vind ek dieselfde beeld terug, maar hulle self lê daar nie so besonder nadruk op nie. Hierop kom ek later terug.

Die stroma waarin die klierbuise ingebed is, is 'n netwerk van embrionale mesoblastiese weefsel, waarin selle van ongeregelde vorm en grootte voorkom. Die nuclei is relatief groot, en vul byna geheel die selruimtes op. Dit gee die indruk van limfoid weesfsel.

Wat die spierontwikkeling betref, sy hier slegs gemeld

dat dit gladde spiervesels is, van onregelmatige rangskikking, wanner dit voorkom.

Die adenomiome is ook buite die bereik van die vrouelike genitaal apparaat veelvuldig gevind. Die lokalisasies waar dit waargeneem word is as volg:

1. Uterus. Ook 'n polyp van die cerviks is deur TAYLOR beskryf waarin 'n adenomioom voorhandig was. Die adenomateuse weefsel kon definitief vervolg word tot die endometrium.
2. Tubae.
3. Vagina.
4. Ovaria.
5. Mons veneris tot labium majus, uitgaande van die ligamentum rotundum.
6. Ligamentum latum.
7. Ligamentum rotundum.
8. Ligamentum ovarii proprium.
9. Ligamentum uterosacralis.
10. Septem recto-vaginale en preservikale bindweefsel.
11. Gehele serosa van die kleine bekken.
12. Laparotomielittekens in aansluiting aan operasies op die vrouelike genitalië.
13. Umbilikus.
14. Darmwand.
15. In die agterste buikwand.

Verder word vermeld dat die woekeringe beskryf is in die maag, lewer, en longe. Geen van die autore gee 'n referaat maar maak alleen die bewering. Self het ek 'n geval van „Adenomioma ventriculi" by Professor DE VRIES gesien en hoewel dit bestaan uit epiteel buise en cystes, lyk dit tog niks op die adenomioom onder bespreking.

Uterus.

Die uterus woekering is deur tal van ondersoekers beskryf en vooral CULLEN het aangetoon dat die samenhang tussen die mukosa van die uterus en die kliersysteem van adenimiome duidelik is. Hoewel daar ook vele gevalle is waar geen samehang voorkom nie, hoef dit geen beswaar vir 'n afstamming van die uterus mukosa te wees nie, en die algemene opvatting is, dat die uterus adenomiome onbetwistbaar van mukosa oorsprong is. MEYER in die laaste tyd sê dat die benaming adenomioom vir die uterus woekeringe totaal onjuis is, en dat adenomiome uiters seldsaam is. Wel kom daar voor 'n „adeno-myo-hyperplasie", wat aan epiteliale heterotopie te wyte is. Wat presies die verskil moet wees is my nie duidelik nie.

Tubae.

Die bestaan van adenomiome in die tubae word in die laaste tyd veral deur MEYER betwis. Hy sonder egter 'n geval van sy eie uit, wat hy sê stam af van oernier reste. Hy is van die mening dat dit 'n salpingitis isthmica nodosa is, soas deur CHIARI en VON FRANQUE beskryf. Weliswaar kom ontstekingsverskynsels byna altyd voor by die adenomiome van die tubae. Tog is daar gevalle beskryf waar die woekering op die oppervlakte van die tubawand sit en waarby 'n normale tuba lumen is. Wat wel bygevoeg word is dat by die woekeringe die sitogene weefsel lang nie so rykelik aanwesig is nie. SAMPSON meen ook dat een van die onderskeidings merkmale tussen die implantasie adenomiome, afkomstig van die tuba epiteel, en die afkomstig van die uterus epiteel 'n minder ryke voorkome van sitogene weefsel, is.

Vagina.

Deurbraak in die vagina van adenomiome van die septum rectovaginale word vrij dikwels beskryf. Von Herff egter beskryf met vreugde 'n geval waarmee hy meen von Recklinghausen se hiepotese van 'n Wolfse afstamming te kan bewys. Von Recklinghausen kon die ontstaan van die adenomiome nie in die gehele verloop van die Wolfse gang aantoon nie en hier is die bewys dat dit wél voorkom ! Hij kon helaas nie die pseudoglomeruli aantoon nie en ook nie die kamvorm. Dit alles, nie-teen-staande die feit dat die tumor in duidelike verbinding met die epiteel van die vagina was. Die klierbuise is van die oppervlakte epiteel van die vagina tot in die tumor te vervolg, maar daar was ook by, tumore, omgee deur 'n laag van gladde spiervesels, wat nie in verbinding was nie met die vaginaal epiteel.

Ovarium.

Die ovariaal woekeringe word in 'n later hoofdstuk uitvoerig bespreek.

Mons Veneris.

Die woekeringe in die Mons Veneris is deur Tietmeyer en andere beskryf. By Tietmeyer se geval was die tumor in die linker sy van die Mons Veneris. Die verdere histologie was dieselfde as van alle andere adenomiome. Hij voel sterk vir die mukosa teorie.

Ligamentum latum.

Hier kon Meyer die samehang van 'n adenomiom met die Gärtnerse gang aangetoon. Volgens Leitch migreer die

geswelle uit die uterus. Lockyer denk dat die woekeringe hier kan ontstaan op drieërlei wyse.

1. In situ van foetale reste (Gärtnersse gang, epoöforon).

2. Uitbreiding van ontstekingsprosesse tot in die parametrium plus epiteliale heterotopie.

3. Uit uterusadenomiome wat cysteus word. Die grote cystes sou tot in die breë band kan reik, en daarby kan hulle die konneksie met die kavum uteri behou.

Tog is die mees algemene opvatting dat die woekering op hierdie lokalisasie ontstaan deur indringing van die serosa epiteel.

Ligamentum Rotundum.

Hier kom die gevalle van adenomiome veelvuldiger voor. Rosinski het dit beskryf as 'n limfangiektatiese adenomioom. Sänger sê hulle kom voor tussen die uterus hoorn en die inwendige lies ring. Fränkl denk dat hulle van die Wolfse ligaam afstam, op grond van die digte betrekking tussen die Wolfse ligaam en die ligamentum rotundum in die embrionale tydperk. Weisshaupt weer, lei hulle af van die prosessus vaginalis op die bodem van 'n ontsteking. Sy denk die spier elemente is afkomstig van die kremaster. Lauche neem ook die afkoms van die epiteel van die prosessus vaginalis aan. Tog vir 'n groot deel van die ouere skrywers was die aanwesigheid van adenomiome in die ligamentum rotundum 'n afdoende bewys vir 'n herkoms van die Wolfse ligaam vir hierdie woekeringe.

Ligamentum Ovarii Proprium.

Hier kom die woekering maar seldsaam voor. Die opvatting dat die ligamentum ovarii proprium en die ligamen-

tum rotundum één geneties geheel vorm en dat die twee saam die gubernakulum is, word deur Fränkl bestry. Hy sê die ligamentum ovarii proprium ontstaan as 'n verdikking van die kaudale (later mediale) rand van die mesovarium en die ligamentum rotundum as 'n verdikking in die agter wand van die prosessus vaginalis peritonei, en daar is geen geneties verband tussen die twee nie. In die ligamentum rotundum lê reste van die oernier, maar in die ligamentum ovarii proprium is in geen periode van sy ontwikkeling ergens 'n deel van die Wolfse ligaam nie, maar hier is wel equivalente van die mergstrenge. Dit is nie dele van die oorspronklike mesonefros nie, maar óf spruite hiervan, óf in die eierstok autogtone ontstane gange, en sy gevalle stam af van die mergstrenge. Meyer beskou sy gevalle as van 'n Wolfse oorsprong en Cullen weer sê syne is 'n subperitoneale adenomioom wat van die uterus naar die ligamentum ovarii proprium verhuis het.

Ligamentum utero-sakrale.

Dit word in verband met die adenomiome van die septum rektovaginale beskryf.

Septum Rektovaginale.

Veral Lockyer en Cullen beskryf die gevalle, en hier het ons weer 'n voorbeeld van die verandering van opinie omtrent die afstamming van die woekeringe. Lockyer beskryf in 1913 'n adenomioom van hierdie localisasie en verkondig dat dit van die Wolfse reste afkomstig is. In die volgende jaar sê hy dat hy van gedagte verander is. 'n Mens moet dankbaar wees vir die melding; die meeste skrywers verander van gedagte sonder om daar 'n woord

oor te laat val, en dit kos 'n ontsettende moeite om hulle verskillende meninge uit mekaar te hou.

Lockyer word blykbaar sterk deur Meyer beinvloed. Tog kom hy op teen Meyer se opvatting, nl. dat die gevalle hier nie egte tumore is nie maar epiteliale heterotopie plus ontsteking, omdat die woekeringe nie sirkimskrip is nie en daar altyd perimetritiese adhesies is. Hy, Lockyer, het gevalle gehad waar die geswelle uitgepel kon word en waar daar geen adhesies was nie.

Meyer denk die tumore is ontstekings produkte, met die normale drievoudige volgorde: ontsteking, indurasie, epiteliale heterotopie. Die sitogene weefsel is afkomstig van die gewone bindweefsel uit die omgewing, wat selryker en hieperplasties word deur ontsteking. Die teenwoordigheid van plasmaselle en elastiese vesels bewys die ontstekingsagtige oorsprong. Meyer kon self in die middel van die woekering elastiese vesels aantoon, en dus kan hulle onmoontlik van die uterus mukosa afstam want die bevat normaliter geen elastiese vesels nie. Cullen egter beskou die woekeringe as wêl afkomstig van die uterus mukosa. Lockyer laat hom later nie oor die afstamming uit nie, maar sê dit is nie bewese vir die volwasse uterus mukosa nie, dit mag die vagina epiteel wees, of foetale buise, of „any epithelial surface", in elk geval dit is 'n pseudoneoplasma, die resultaat van 'n groniese ontsteking in die buurt van 'n epiteliale traktus.

Laparotomielittekens.

Die woekeringe word opgevat as 'n transplantasie van uterus slymvlies. Sampson meld dat Victor Jacobson („The autotransplantation of Endometrial Tissue in the

Rabbit", wat binne kort sal gepubliseer word) transplantasie proewe gemaak het met die baarmoeder slymvlies van die konyn, en kon adenomiome verwek wat alle tiepiese kenmerke gehad het behalwe menstruasie verskynsels.

Dit is wel opvallend dat dit alleen voorkom in aansluiting aan operasies op die vrouelike genitaal apparaat. Deur ander skrywers word dit opgevat as 'n woekering van die epiteel van die peritoneum. Die adenomiome lê ingebed in die litteken weefsel. Soms is die uterus vergroei met die buikwand, maar soms is daar helemaal geen verbinding met die genitalië nie. 'n Derde opvatting is dat dit 'n woekering van verplaaste peritoneal epiteel is.

Nawelwoekeringe.

Die adenomiome van die umbilikus word deur CULLEN, LAUCHE e.a. beskryf. Dit is die woekering wat die aanhangers van die serosa teorie die meeste hoofbrekens gekos het, want daar kom naweladenomiome voor wat helemaal afgesonder van die peritoneum is, ingebed in die littekenweefsel van die umbilikus. Die gewone opvatting was dat die tumore hulle oorsprong te danke had aan die duktus omfalomesenterikus. CULLEN het egter aangetoon dat die tumore wat inderdaad van die duktus omfalomesenterikus afstam, 'n geheel andere bou het as die van die adenomiome. LAUCHE kry die geniale idee om die fisiologiese nawelbreuk hierby te pas te breng. Gedurende die twede embrionale maand, ontwikkel sig 'n dundarmlis buite die buikholte in die rest van die eksosoeloom, naamlik die fisiologiese nawelbreuk. Dit word deur die vinnige groei van die darmlisse uitgebrei, die kommunikasieopening met die buikholte bly egter klein. In die vierde á vyfde maand reponeer die

breuk sig van self, waarskynlik deur die sterke vergroting van die lewer. Met hierdie meganisme is dit moontlik dat die noue breukpoort oblitereer, en dat 'n deel van die breuksak as rest in die nawellitteken sal persisteer, en dan later aanleiding gee tot die vorming van 'n adenomioom.

By die adenomiome van die umbilikus word ook baie mooi die deelname aan die menses waargeneem.

Darmwand.

Die woekeringe kom voor aan die sigmoid, rektum en ook aan die dundarm, soas deur DE JOSSELIN DE JONG beskryf. MEYER was van die mening dat by die geval deur hom beskryf, die woekering uitgaan van die darm kliere, op die bodem van 'n ontsteking, hoewel die bou nie die van die darm kliere was nie, maar presies soas die van adenomiome op ander plekke beskryf. By sy geval was daar samehang met die darmkliere. Hy bespreek die mogelikheid van 'n herkoms uit reste van die Wolfse ligaam wat op die agterste buikwand bly lê het. Hier is geen miomateuse aandeel nie, net die muskularis van die darmwand is hieperplasties. Soas gesê, hierdie woekering lei hy af van die darmslymvlies. Dat dit geen ooreenskoms vertoon met die darm slymvlies maak geen saak nie, want heteromorfie kom by regenerasie prosesse voor. Veral die vonds van elastiese vesels in die meer centrale gedeeltes van die slymvlies haarde is van groot betekenis vir ontsteking.

Daarteenoor neem DE JOSSELIN DE JONG die stand punt in dat daar wel 'n spierontwikkeling is, en hy kan dit met sy preparate aantoon.

Die samehang met die darmmukosa by die preparaat van MEYER sal wel aan 'n toevallige lesie toe te skryf wees,

want daar word steeds op gewys dat by die darmwoekeringe die mukosa intak bly en verskuifbaar is oor die knobbel wat in die lumen uitsteek.

Die agterste buikwand.

Vir so ver my bekend is die voorkome van adenomiome op hierdie localisasie alleen deur HARTZ gemeld. Hy beskou sy geval as 'n bewys vir die Wolfse afstamming, hy kon ál VON RECKLINGHAUSEN se eienaardighede, behalwe die kamvorm, terugvind.

Klieniese verskynsels.

Klienies kan hier voorkom helemaal niks nie. By verskeië pasiente word adenomiome toevallig by die seksie gevind. Tog vind ons meestal dat stoornisse van die menstruasie daarmee gepaard gaan en wel dysmenorrhoe, menorrhagie, en soms metrorrhagie. Maar aangesien die adenomiome dikwels voorkom gepaard met andere afwijkinge van die genitaal apparaat is dit moeilik om definitief te beweer dat die simtome aan die aanwesigheid van die adenomiome te wyte is. Wel sien ons by die oppervlakkige, sigbare, of inwendige, tastbare adenomiome duidelik swelling, roodheid en vermeerderde pynlikheid met die menses optree.

Wat pyn betref word dit aangegee as voorkomend in die onderbuik in die ovariaal streek. Verder intermitterende pyne in die onderbuik of akute aanvalle van buikpyn, pyn in die rektum en vagina, pyn by defekasie gedurende die menses.

Die vonds by vaginaal onderzoek is verskillend. Die uterus kan normaal of vergroot, glad of knobbelig, hard of sag, wees. Adneks tumore laat hulle nie van ander adneks

aandoeningen onderskei nie. Daar kan veelvuldige adhesies voorkom. Die duidelikste klieniese beeld vertoon die adenomiome van die septum rektovaginale. Hier is die fiesiese beeld die van 'n uitbreidende ontstekingsagtige indurasie in die agterste vaginaal gewelf. Die servix is gefikseer: daar is 'n harde massa tussen die servix en die rektum te voel, wat soms knobbelig is, die knobbels kan deurbreek in die vagina. Die lumen van die darm word vernou as die adenomiome oorgryp op die rektum, die mukosa van die darm egter bly beweeglik ten opsigte van die knobbel. Subjektief is daar pyn by defekasie en koitus. Later kom daar 'n bloedkleurige vaginaalafskeiding en hardnekkige obstipasie. Totale obstruksie kan voorkom.

Sterilitiet word verskillend opgegee, sommige vroue is selfs besonder vrugbaar. Die steriliteit word op min of meer veertig persent geskat. Die oorgrote meederheid van gevalle kom voor in die leeftyd tussen dertig en vyftig jaar.

Die aard van die woekeringe.

Die woekeringe word algemeen beskou as benigne; al het hulle 'n infiltrerende werking, hulle is nie destruerend nie. Deur verskeië skrywers word gemeld dat hulle die endotelië van die limf- en bloedvate respekteer, ook in die darmwoekeringe bly die darm mukosa verskoon. Meyer kom sterk op teen die opvatting dat 'n oortreding van fisiologiese grense 'n teken van maligniteit is. Ook epiteliale heterotopie is geen maligne verskynsel nie.

Wat metastase betref is daar alleen in die geval van Hart melding van gemaak. Hart gee ongelukkig geen afbeeldinge nie. Professor de Vries was so vriendelik om

my 'n paar preparate van „adenomioma ventriculi" te laat sien. Daar was groepe van klierbuise met baie hoogsilindries epiteel. Sommige buise was verwyd en op plekke was daar veel meer vertakking dan in 'n uterus klier gesien word. Die kerne van die epiteel selle was duidelik en definitief basaal gelege en erg donker kleurend. Daar was geen spoor van sitogene weefsel nie. Die groepe van klierbuise lê ingebed in die maagspier. Die geheel lyk niks op die adenomiome onder bespreking, soas ek hulle op ander lokalisasies ken. Sou HART se geval miskien ook so een gewees het ?

Residief word nie beskryf nie behalwe in één geval waar na wegname van 'n naweltumor, na 'n paar jaar 'n twede verskyn het. Die resultate van wegname is goed. As die darm betrokke is skyn dit nie nodig te wees nie om 'n stuk daarvan te reseseer, die knobbels verdwyn vanself. Daar word egter gesê dat die ovaria ook weggeneem moet word, want so lang as hulle agterbly hou hulle die woekering aan die gang. Dat weganme die woekering per se op 'n end maak is nie waar nie.

Die moontlikheid dat hulle karsinomateus of sarkomateus kan degenereer is erken, maar is uiterst seldsaam waargeneem. In IWANOFF se geval was én karsinoma én sarkoma aanwesig.

HOOFDSTUK II.

Die teorië omtrent die ontstaan van adenomiome.

Die woekeringe is al vanaf 1882 beskryf. Die gangbare mening was dat hulle ontstaan uit reste van die Müllerse gang, maar reeds in 1887 het Chiari aangetoon dat die mukosa van die tuba onder bepaalde omstandighede in die spierwand in, kon infiltreer. In 1896 verskyn von Recklinghausen se boek „Die Adenomyome und Cystadadenome der Uterus und Tubenwand", waarin hy die standpunt, dat die adenomiome afkomstig is van die *Wolfse ligaam*, en wel die *mesonefros*, uiteenset. Byna dadelik word von Recklinghausen heftig aangeval deur Kossmann wie van mening is dat die oorsprong gesoek moet word in die inklusie van Müllerse reste, aksessoriese tubas, in die tuba- en uteruswand. Von Recklinghausen het 'n enorme invloed uitgeoefen, en tot vandag toe word sy mening verdedig, dog op geheel andere gronde dan die wat destyds deur von Recklinghausen self werd aangehaal. Die laaste verdediger is Frossner.

In die selfde jaar wat von Recklinghausen se boek verskyn het, publiseer Cullen sy. „Adenomyoma Uteri Diffusum benignum" in die John Hopkins Hospital Report. Dit is my nie geluk om die oorspronklike stuk in hande te kry nie, maar volgens Lockyer e.a. het hy hierin nadruk gelê op die afkoms van die woekeringe van die mukosa van die uterus; hy is dus verantwoordelik vir die *mukosa*

teorie. In die selfde jaar egter het hy 'n stuk gepubliseer omtrent die adenomiome van die ligamentum rotundum waarin hy sê, omtrent die oorsprong, „We suggest that ours may be due to an abnormal *embryonic* deposit of a portion of the Mullerian duct".

Intussen word deur verskillende skrywers gevalle gepubliseer waarin die afkoms van die reste van die *Wolfse Gang* als bewese beskou word, hulle kon die samehang van die woekeringe met die egte Wolfse reste aantoon. In 1898 kom IWANOFF met sy *serosa teorie* voor die dag; hy sê hy kon die afkoms van die adenomiome van die epiteel van die serosa bewys. Nou volg die belangryke ondersoekinge van VON FRANQUE waarin hy aantoon, dat die mukosa van die tuba op die bodem van 'n ontsteking, in die tuba wand kan infiltreer, en die waarneminge van CHIARI word bevestig. Sterk ondersteun deur MEYER, beweer hy dat die epiteliale elemente afkomstig is van die volwassene mukosa van die tuba en dat die oorsaak van die infiltrasie in 'n ontsteking te soek is. (salpingitis isthmica nodosa). Eers was dit aangeneem dat alleen gonorrhoë en tuberkulose dit kon veroorsaak maar al heel gou het MEYER die bewys gelewer dat ander ontstekinge ook aanleiding kon gee tot die ontstaan van dié formasies. In die allerlaaste tyd beweer MEYER dat die adenomiome van die tuba eintlik almaal eender is met die salpingitis isthmica nodosa van CHIARI. In sy antwoord op FROSSNER, wat die teorie van VON RECKLINGHAUSEN op ontwikkelingstopografiese gronde weer wil handhaaf, sê hy, dat weliswaar is die oernierreste, hoewel uiterst seldsaam, in die gebied van die kornu en die tubahoek gekry, maar as mens daaruit wil besluit dat dit die bewys is vir die oernier hiepotese

van ontstaan van die woekeringe, dan maak mens sig aan veralgemening skuldig. Hy sonder sy eië geval van adenomioom van die tubahoek, afkomstig van oernier reste, uit!

Die opvatting dat infiltrasie van die mukosa op die bodem van 'n ontsteking voorkom, word nou oorgedra op die uterus, en weldra was die mukosa teorie innig verbonde met die *ontstekings teorie* so dat hulle, so te sê, sinoniem was. Maar al heel gou word die ontstekings teorie bestry, daar adenomiome dikwels voorkom sonder 'n spoor van ontsteking.

Ook eenige kleine lesies, b.v. deur swangerskap ontstaan, sou die indring van die mukosa vergemaklik, en so word nadruk gelê op die meganiese liewer dan die ontstekings moment.

Lauche denk dat 'n groot argument teen die ontstekings teorie is dat hierdie woekeringe altyd die selfde bly, terwyl ontstoke weefsel tot littekenvorming oorgaan.

In die tussen tyd het die vraagstuk van die epiteliale heterotopie deur Meyer beskryf algemeen die aandag getrek. Ons weet dat die selle van die epiteel van die peritoneum onder bepaalde omstandighede b.v. ontsteking, 'n metaplasie kan ondergaan, van plat kan hulle cubies tot silindries word. Die epiteel kan indring in oedemateus weefsel, in grannulatie weefsel, in kleinsellig geinfiltreerde bane, dan groei die epiteel van die rande af, en bedek die geinfiltreerde gedeelte. Dit is eintlik 'n regenerasie proses. Die inklusies kan later gaan seserneer. Die omliggende bindweefsel kan onder invloed van die prikkeling, uitgaande van die epiteel, hieperplasie ondergaan. Dit kom voor sowel by die mukosa as die serosa. Volgens Meyer is die adenomiome voorbeelde

van *epiteliale invasie in ontstekingsagtig geinfiltreerd weefsel.* Epiteliale infiltrasie is in die eerste plek 'n genesings verskynsel, in adenomiome egter het dit wild geword en veroorsaak nou kwaad, wat sig uit in haemorrhagie, pyn en spier hieperplasie. Beide distopiese en orthotopiese epiteel kan heterotopie gee, die bindweefsel wat om die epiteel lê, kan hieperplasties word en op die stroma van die uterus slymvlies gaan lyk, en kan ook desiduale reaksie vertoon.

Die literatuur omtrent die adenomiome het erg omvangrijk geword, maar die skrywers het ook baie meer versigtig geword in hulle uitinge, en neem 'n verskeiënheid van oorsprong aan; so word byvoorbeeld aangeneem dat die meeste adenomiome van die mukosa afstam; die kleine subsereuse geswelle van die serosa; in die serviks, van die gang van Gärtner; die seldsame gevalle bo die insersie van die ligamentum rotundum, stam van die Wolfse ligaam af en van sommige gevalle kan 's mens nie uitmaak waar hulle vandaan kom nie.

Van die latere skrywers het Lauche van Bonn in 'n skitterende artiekel wat later uitvoerig bespreek sal word, opgekom vir die eenheid van oorsprong.

Deur verskillende skrywers word melding gemaak van 'n metastatiese teorie van Hart vir die ontstaan van die woekeringe. Toe ek egter die oorspronklike stuk opsoek blyk dit dat dit alleen 'n beskrywing is van metastase in die longe van 'n vrou, op 72-jarige leeftyd gestorwe, by wie 22 jaar tevore 'n uterustumor verwyder is. Daar was talryke knobbels op die longe, en by ondersoek blyk hulle miome te wees. In sommige van die knobbels was klieragtige epiteel formasies en kleine cystes, bekleed met cubies tot laag silindries epiteel; hulle lê, óf teen die spier

aan, óf is omgee deur 'n sône van los bindweefsel wat 'n neiging tot hialine degenerasie vertoon. Die inhoud van die cystes is wateragtig. Die grondslag is onder alle onstandighede 'n adenomateuse, en HART denk dit is metastaties, wat te verstaan is, as 'n teratoide natuur aangeneem word vir die adenomiome, want die metastatiese versleping van 'n benigne geboude kiemblad deriwaat uit teratoide geswelle is meermaals waargeneem, sonder dat karsinoom of sarkoom aantoonbaar was.

Ten slotte moet nog melding gemaak word van die „*Migratory Theory*" van LEITCH; — hy sê dit is 'n invasie deur endometrium, en dan word die tumore uitgestoot, óf naar die serosa, óf naar die uterusholte, en vorm die „Migratory adenomyomas", — en die *impantasie teorie* van SAMPSON.

SAMPSON beweer dat adenomiome afkomstig is van die epiteel wat van, of deur, die tuba in die buikholte geraak, dus ektopies epiteel afkomstig van die slymvlies óf van die tuba óf van die uterus, wat deur „backflow" van die menstruele bloed uit die tuba kom. Val die epiteel dan op 'n geskikte bodem, dan groei dit verder en vorm 'n „adenoma of endometrial type" so as hy die adenomiome noem. Watter voorwaardes nodig vir 'n „geskikte bodem" is, word ons nie vertel nie.

Die Wolfse teorie.

Die grondslag van dié teorie is, dat vroeg in die embrionale lewe, die Wolfse en Müllerse gange mekaar kruis bij die tubahoek. Dit word veronderstel dat die epitelium van die twee gange daar in so'n noue verbinding kom dat 'n samesmelting plaas kan vind en so kan Wolfse reste in

die pars interstisialis van die tuba voorkom. Von Recklinghausen kon 'n Wolfse rest aantoon bij 'n volwassene, maar nie by die kind nie. Die feit dat hulle dikwels siemetries voorkom aan die tubair hoek pleit sterk vir 'n afkoms van die Wolfse reste, so ook die vaker voorkome aan die tubair hoek. Die twede localisasie argument is die vorkome aan die dorsale uterus wand ; dit is te verklaar deur die feit dat die Müllerse gang ventraal van die Wolfse gang lê ; ook die voorkome in die buitenste spierlage sou vir hierdie afkoms pleit.

Die twede sterke argument van von Recklinghausen is die struktuur van die woekeringe, waarbij alles terug te vind is wat in die mesonefros volgens die beskrywing van Mihalcowics, te sien is. Hieromtrent is alreeds melding gemaak. Verder voer von Recklinghausen aan die gele pigmentasie wat juis karakteristiek sou wees vir Wolfse reste, en die voorkome van die trilhaarepiteel. Reeds in die vroegste aanleg het gedeeltes van die Wolfse orgaan silindriese trilhaarepiteel, en diê trilhaarepiteel kan in die reste bly voortbestaan, dus aangesien die besit van trilhaarepiteel 'n wesenlike attribuut is van bepaalde dele van die Wolfse orgaan, daarom is die groot trilhaar-epiteel bevattende cystes, parovariaal cystes, afstammelinge van die Wolfse orgaan. Die besit van trilhaarepiteel is in hierdie woekeringe 'n karakteristies kenmerk. Viral die parsiele optreding van trilhaarepiteel, bekend uit parovariaal cystes, is deur Czerny in Giráldes orgaan aangetoon en dit kom hier ook voor. Gärtner se gang bevat ook trilhaarepiteel. Verder sou daar geen verbinding bestaan tussen die mukosa van die uterus en die woekeringe, maar op die eind van sy boek word nog 'n geval beskryf waarin 'n duidelike

samehang tussen die mukosa van die uterus en die klier buise van die geswel te sien is, en wat VON RECKLINGHAUSEN dan ook aanneem het ontstaan van die uterus slijmvlies, maar bijvoeg dat hierdie gevalle tot die seldsaamhede behoort. Teen die afkoms van die Müllerse gang bring VON RECKLINGHAUSEN in, dat die woekeringe nie langs die gehele verloop van die Müllerse gang voorkom nie, maar hulle hou op bij die os internum van die serviks ; waarom sou nou die serviks, waar tog die rijkste klierontwikkeling is, geen adenomiome gee nie, en die tuba wat geen kliere besit nie so talryk die geswelle oplewer ?

Teen die argumente van VON RECKLINGHAUSEN word ingevoer die volgende :

Die localisasie : dit is helemaal nie waar nie, die tumore beperk hulle nie tot die dorsale wand van die uterus en die tubair hoeke nie, maar kom oorals voor.

Die struktuur : dit is ook nie waar nie, die ingewikkelde oernieragtige bou is nie te vind nie. Dit is trouens ook maar heel enkele entoesiastiese voorstanders van die Wolfse teorie geluk om die struktuur deur VON RECKLINGHAUSEN beskryf terug te vind en dan ook maar gedeeltelik. Hieromtrent egter sê DE JOSSELIN DE JONG dat dit nie nodig is nie dat patologiese deriwate van 'n orgaan die oorspronkelike vorm van die orgaan moet behou.

Die topografie : dit deug ook nie, die woekeringe kom voor op plekke waar nog nooit 'n oernierrest gekry is nie

Die pigmentasie : dit is 'n algemeen verskijnsel en kom voor in verskeië tumore waar bloedinge ontstaan.

Die trilhaarepiteel : die mukosa van die uterus bevat ewe so goed as die reste van die Wolfse orgaan trilhaarepiteel.

Die samehang met die uterus slymvlies : dit hoef ook nie, as die woekeringe afstam van inklusies van Müllerse reste in die uterus wand, soas KOSSMANN hom dit voorstel. Hieromtrent het MEYER die opmerking gemaak dat 'n samehang met die uterus mukosa niks bewijs nie, want 'n tumor wat van die Wolfse ligaam afstam kan net so goed as enig ander in die uterus wand ingroei tot dat dit die mukosa bereik.

Omtrent die localisasie van mesonefros reste in die tubair hoek sê PICK, hoewel hy die hiepotese van VON RECKLINGHAUSEN ondersteun, dat die oernier reste nog nooit gekry is nie in die tubawand, sonder adenomioom daarby, en dat die vermoë om adenomiome te vorm wat die oernierreste moet besit is nog nooit bewys nie aan egte oernier reste, maar hij lewer daarna 'n geval waar die tumor die plek van die epoöforon inneem, en op topografiese gronde deel hij hulle in epoöforale en paroöforale tumore.

Verder word nog teen die bowegenoemde argumente ingebring dat die patologiese tuba die kliere kon lewer wat die gesonde tuba nie besit nie. Die Wolfse reste sou ook geen sitogene weefsel besit nie. Die teenwoordige mening van MEYER is dat die meeste van die adenomiome van die tuba eintlik nie adenomiome is nie naar salpingitis isthmica nodosa.

Die Müllerse Teorie.

Die afstamming van die Müllerse gang word viral deur KOSMANN verdedig, maar sy teorie van afstamming van embrionale aksessoriese Müllerse gange het nie veel opgang gemaak nie. Watter eienskappe het die foetale mukosa wat die volwassene mukosa nie besit nie ? Die argumente

berus op die ooreenkoms tussen die klierbuise van die woekeringe en die van die uterus slymvlies, vertakking van die klierbuise kom by altwee voor, die epiteel van die uterus besit ook trilhare, en die sitogene weefsel is nie te onderskeië van die stroma van die uterus slymvlies. Die gebrek van kontinuiteit met die mukosa is nie van belang nie, want die kontinuiteit kan op verskillende maniere afgebreek word, en sal natuurlik helemaal ontbreek as die woekeringe afstam van aksessoriese Müllerse gange wat in die embrionale tyd in die wand van die uterus is ingesluit. Die pigmentligaampies kom van die bloedpigment, en juis by die epiteel van die Müllerse gang vind 'n mens by alle mogelike patologiese prosesse bloed. Die gewigste argumente teen hierdie teorie is die localisasie van die tumore, en die gebrek van samehang met uterus of tuba slijmvlies.

Die Mukosa Teorie.

Vir die mukosa teorie geld dieselfde argumente as vir die Müllerse teorie, maar daarby kom dat die samehang van die mukosa van die uterus met die klierbuise van die woekeringe onbetwisbaar vas gestel is, eers deur CULLEN en daarna deur tal van ander ondersoekers. Trouens VON RECKLINGHAUSEN self het al 'n tumor beskryf duidelik afkomstig van die slymvlies van die baarmoeder.

Die ontstekings teorie.

Die mukosa teorie het ook seer sterke steun ontvang deur die werk van VON FRANQUE waarin hy die infiltrasie van die volwassene mukosa in die tubawand by ontstekinge aantoon. Heel spoedig is die opvatting oorgedra op die uterus. Veral MEYER ondersteun die ontstekings teorie,

die meeste gewig heg hy aan die vinde van elastiese vesels. Onder invloed van 'n ontstekings infiltraat „clump" die elastiese vesels en word opgelos, sodat 'n mens na afloop van die akute stadium die ontsteking nog kan erken. Hy kon buite die elastiese vesels van die vate, nog ander elastiese vesels aantoon, én aan die periferie én in die centrum van die woekeringe; die hoeveelheid skik sig naar die elastiese verhouding van die omgewende weefsel, so bv. by 'n labiatumor was die meeste elastiese vesels te kry. Dan voeg hy by dat die ontbreke van elastiese vesels geen bewys is teen ontsteking, die meeste sogenaamde adenomiome is ontstekings hieperplasie !

Ook die voorkome van plasma selle ag. hy 'n gewigtige bewys vir die ontstekings etiologie. Ribbert egter se dat ontsteking nie nodig is nie vir infiltratie, en Baldy en Longcope wys daarop dat adenomiome van die uterus en endometritis, nie opvallend veel saam voorkom nie, en dat endometritis iets is wat erg veel by allerlei soorte van ginekologiese aandoeninge voorkom. Deur verskieë ander schrywers word ook gevalle beskryf waar geen spoor van ontsteking te vind is nie.

Serosa teorie.

Ten gunste van die serosa teorie is deur Arnold Lauche uit Bonn 'n so logiese en suggestiewe artiekel geskryf, dat dit die moeite werd is om dit ietwat uitvoerig te bespreek. Lauche verkies die benaming „fibroadenomatose", en beskryf twee gevalle van die liesgebied, een van die darmwand, twee nawel woekeringe, en vier laparotomie-litteken woekeringe. Na 'n noukeurige beskrywing van die histologie van die darmwoekering sê hy dat die bou en rangskikking

van die epiteliale bestanddele, die aanwesigheid van die selryke stroma en van die bloedpigment is vir hom genoeg grond om 'n afkoms van die serosaepiteel vas te stel (MEYER sê hierdie is van die darm epiteel afkomstig). Die woekering het aan die buitevlakte van die serosa begin, hier kom in die verloop van tyd 'n littekenagtige skrompeling, hierdeur word die binneste lage van die darm naar binne gestulp en so kry ons 'n pseudo-poliep van slymvlies in die darmlumen, dit word secundair beskadig, en die lesie en regenerasie sou die verbinding met die woekering gee.

As ons nou alle bekende gevalle saam vat dan sien ons :

1. Alleen waargeneem by vroue van middel, geslagsrype leeftijd.

2. Klienies darmstenose verskynsels, soms duidelik vererger gedurende die menses.

3. Meestal ander menstruasie stoornisse, of afwykinge van die inwendig geslagsapparaat, dus word darmstenose toevallig gevind.

4. Oorsaak van die stenose is skrompeling aan die serosa vlakte, en daaropvolgende instulping van darm wand.

5. Histologies 'n woekering van klieragtig bou uitgaande van die serosa kant van die darm, in erger gevalle gaan dit deur die muskulatuur, brei weer sterker in die subserosa uit en kan selfs in die slymvlies dring. Die woekering bestaan uit eenlagig silinderepitheel, en is van seer eiënaardige stroma omgee. Ontbreek hierdie stroma aan een kant dan is die epiteel aan hierdie kant duidelik laër, dit is besonder in die subserosa en submukosa die geval, waar die met epiteel gevoerde ruimtes dikwels cysteus verwyd word. Aan hierdie cystes is byna altyd 'n kussenagtige basis, bestaande uit selryke stroma, te erken, terwyl die dak

sonder 'n dergelike stroma direk aan die omgewende weefsel grens, en deur vlakepiteel bekleed word. In die bindweefsel en dikwels ook in die lumina is regelmatig bloedinge, of afsetting van hemosiderine. In die subserosa is meestal groniese ontstekingsprosesse aantoonbaar. In een geval neem die spier van die darm duidelik deel, in die ander is dit slegs 'n hiepertrofie van die muskularis sirkularis.

Daarop volg die beskrywing van die fibroadenomatose van die laparotomielittekens.

Een tot meerdere jare na operatiewe ingreep op die vrouelike genitalië, byna altyd gepaard met ventrifiksatie, vertoon sig in geslagsrype leeftyd 'n kleine harde knobbel in die buikwand litteken. Dit groei stadig, en is steeds pynlijk. Dikwels kan ons klienies, egter altyd histologies, aantoon dat hierdie woekeringe deel neem aan die menstruele sieklus. Klienies is daar vermeerdering van pynlikheid, swelling, rubor, soms selfs uittreding van bloed. Histologies, bloedpigment of vers bloed ; verder 'n klieragtig, dikwels cysteus weefsel wat bestaan uit kanaaltjies en holruimtes wat met eenlagig silindries tot cubies epiteel gevoer word. Die kanale en — meestal eensydig — die cystes ook, is omgee deur selryke stroma. Waar die epiteel op die stroma sit, is dit silindries, anders is dit platter. Gladde spierweefsel kom toevallig voor en in totaal onregelmatige rangskikking.

Na die beskrywing van die nawel woekeringe gaan Lauche voort dat dit hier gaan om kleine tot kastanje grote knobbels wat langsaam en dikwels met onderbrekinge groei, en wat almaal by vroue in geslagsrype leeftyd voorkom, in die nawellitteken. Hulle is meestal pynlik

en laat dikwels klienies en altyd histologies hulle deelneming aan die menstruasie aantoon. Klienies vermeerderde pynlikheid, swelling, selfs bloeding, histologies bloedpigment of bloeding in die bindweefsel.

Mikroskopies: Altyd klierruimtes wat soms cysteus verwyd is, van eenlagig epiteel bekleed, silindries in die nauwere kanaale, cubies of nog platter in so ver dit nie aan die selryke stroma aangrens nie. Oor hierdie plekke waar stroma is, is die epiteel selfs in die grootste cystes silindries. Kliere en selryke weefsel vertoon 'n weefsel wat sterk lyk op uterus slymvlies, of op die slymvlies van die uterus adenomiome. Dit is ingebed in seer harde littekenagtige bindweefsel, wat die hele tumor min of meer duidelik van die omgeving afgrens. Gladde spier vesels ontbreek meestal, kom egter soms voor. Verbinding met die peritoneum is nie altijd, tog meermaals in die vorm van stele aantoonbaar.

Nou bespreek hij die morfologiese en funksioneele betrekkinge van die ekstra-genitale fibroadenomatose tot adenomiosis van die vrouelijke genitaaltraktus. By almaal sien ons die ooreenskoms van die klieragtige woekeringe met die uterusslymvlies. Die groep in die genitaaltraktus noem ons adenomiosis, en daaronder verstaan ons alle goedaardige heterotope epiteel woekeringe in die gebied van die vrouelike (inwendige) organe van waar hulle ook hulle afkoms mag reken.

Darm.

Die morfologiese samehang is dikwels aangetoon, behalwe dit is daar nog 'n fisiologiese ooreenkoms.

a. desiduale reaksie in die stroma (CULLEN).

b. bloedinge uit die darm tydens die menstruasie (CULLEN).

c. voorkome van bloedpigment as konstant verskynsel. Dit kan as bewys beskou word vir deelname aan die menstruasie.

Laparotomielittekens.

Hier is al topografies die nouste verband met die uterus, in die meeste gevalle was die uterus met die buikwand vergroei. Waar daar geen verbinding met die uterus was nie, is daar nog sprake van implantasie van uterus weefsel. Al wil mens dit nie aanneem nie, dan moet 'n ander betrekking tot die genitaalapparaat aangeneem word, want dit kan tog geen toeval wees nie dat die dinge alleen by geslagsrype vrou voorkom nie, en wat nog meer opvallend is, alleen by operasies aan die genitaalapparaat. Beduidend is ook hier die funksionele ooreenstemming.

Nawelwoekeringe.

Hier is dit anders. Tot nou toe het die teorie van MINTZ geheers dat dit van reste van die duktus omfalomesenterikus uitgaan.

Dit gaan altyd om vroue in die geslagsrype leeftyd, in 'n derde van die bekende gevalle is deelname aan die menstruasie proses waargemeen. Die weefsel is van dieselfde bou, en bloedinge en bloedpigment kom in al die gevalle voor, so moet ons erken dat ook vir die nawelwoekeringe 'n noue morfologiese en funksionele verband met die genitaalapparaat bestaan. Die gegewens is vir alle drie groepe dieselfde.

1. Verregaande ooreenstemming in bou, onderling én met die uterusslymvlies én met die adenomiome van die uterus, van waar dan ook afgelei.

2. Deelneming aan die funksie.

Dus moet ons al drie groepe als verskillende lokalisasies van een en dieselfde proses aanneem, dieselfde proses wat in die vorm van die s.g. adenomiosis in die gebied van die vrouelike genitaalapparaat so dikwels en so uitgebreid voorkom. In sy poging tot verklaring sê hij: ons moet nou 'n algemeen oorsprong kry. As wat reeds gesê is waar is, dan moet hulle almaal afstam van 'n weefsel wat in aanmerking kan kom vir al die tot nou toe bekende lokalisasies van die proses.

Na opgawe van die verskillende lokalisasies waar die woekeringe gekry word, sê hy dat die organe of weefsels wat in aanmerking kom vir die afkoms is.

1. Slymvlies van die uterus.

2. Voorstadia van hierdie organe in verloop van die ontwikkeling, nl. Müllerse, Wolffse, Gärtnerse gange, die oerniere en hul reste.

3. Peritoneaal epiteel.

4. Darm epiteel vir die darmwoekeringe (Meyer).

5. Duktus omfalomesenterikus met die sweetkliere daarby gehaal, is vir die nawel-woekeringe die algemene opvatting.

6. Vaginaal kliere vir die vaginaal woekeringe.

7. Limfvatendotelië.

By al die lokalisasies pas alleen die peritoneum en die vaatendoteel, laaste kan ons laat vaar, dan bly daar alleen die peritoneum oor. Dit gee alleen beswaar vir die nawel- en liestumore. Begrip peritoneum sluit uterus-

slymvlies in. Die nawelwoekeringe kan verklaar word deur die fisiologiese nawelbreuk, maar daarom is nog nie verklaar waarom dit die bou en funksie van die uterus-slymvlies moet aanneem. Die lieswoekeringe kan ontstaan deur die prosessus vaginalis. Die liestumore kom in alle opsigte ooreen met die ander groepe. So is die moontlikheid van 'n gemeenskappelike afkoms uit peritoneun vasgestel. Hy probeer dit bewys.

Epitheel. Dit is algemeen bekend dat die gewone platte selle van die peritoneum net as die dekselle van ander sereuse vliese, onder bepaalde voorwaardes kubies tot silindriese vorme kan aanneem, nl. deur fibrineuse ontsteking; dan ontstaan in die granulasieweefsel splete en holtes met kubies tot silindries geworde epiteel bekleed, hulle kan later gaan seserneer. Dit is 'n algemene eienskap van sereuse vliese, pseudometaplasie of histologiese akkomodasie. Maar by onse woekeringe is dit te doen, nie net met vormveranderinge nie, maar ook struktuur veranderinge. Ons kry trilhaarepiteel, slymvormende selle met 'n duidelike „cuticularsaum", dus 'n egte metaplasie, en ons kry die indruk dat méér nodig is as 'n ontsteking, wat as 'n „auslösendes" moment miskien nie eers nodig is nie. 'n Twede verskil is dat hierdie weefsel lê nie in los oedemateuse weefsel nie, alleen op die oppervlakte. Inteendeel, dit lê in onveranderde weefsel. So is hiermee niks verklaar nie, en ons moet dus besondere voorwaardes soek, wat hulle alleen by die fibroadenomatose vertoon. Hierdie woekeringe kom alleen by geslagsrype vroue voor, dus moet dit afhang van iets wat alleen by vroue voor kom, en wel by geslagsrype vroue.

Bindweefsel. Kentekenend is die selryke stroma wat konstant voorkom. Ontstaans-opvattinge hieromtrent is:

dit is grannulasie weefsel (MEYER); „geschwulsteigenes" bindweefsel; organe bindweefsel wat deur 'n ontstekingsprikkel weer 'n embrionale karakter aangeneem het, en sigself weer terug in embrionale kiemweefsel differensieer, en daarmee die mag kry om weer alle weefsels te lewer wat in die normale ontwikkeling ontstaan uit die blasteem van die Müllerse gange. Dit lyk niks op grannulasie weefsel, wat sig ook trouens altyd binnekort in littekenweefsel omsit; ook is daar by die grote gros geen spoor van ontsteking nie. Die stroma behoort tot die woekring, dit kan nie op die plek gegroei het nie, maar is met die epiteel van buite in die orgaan ingegroei. As die epiteel veranderde serosa-epiteel is, dan moet die stroma veranderde subseruese bindweefsel wees. Waarom meen dit hierdie eienaardige vorm aan, wat altyd die selfde is? Daar moet 'n bepaalde faktor nodig wees. Die beeld is nie van uterusslymvlies te onderskei nie, en daar is ook die ooreenstemming in funksie.

Spierweefsel. Dit kom voor in slegs 'n klein deel van die gevalle, en behoort streng geneem, nie tot die woekering nie. Waar kom dit vandaan? By die nuwere opvattinge van eksperimentele embriologie moet ons egter 'n primaire verandering van die bybehorende epiteel aanneem, op wie se invloed die bindweefsel sekundair ontwikkel. Die grootste beswaar is by die nawelwoekeringe, selfs hier is dit geen konstante verskynsel nie. Die soeloom van die nawelgebied lewer normaliter nooit spierweefsel op nie, maar het tog hierdie eienskap vroeër besit. Wat is dit nou wat hierdie latente vermoë loslaat? Volgens die nuwere eksperimentele embriologie is die epiteliale ‚organenanteile' die beheersende en leidende, die embrionale bindweefselagtige weefsel daaren-

teen die afhanklike, en die aard van hulle differensieëring hang af van die formatiewe invloed wat die orgaanaandele op hulle uitoefen. Word dus epiteel neergelê, dan sal onder sy formtiewe invloed uit die embrionale bindweefsel van die betreffende ligaams-deel die daartoe behorende mesengiem weefsel ontstaan. Eksperimentele Soölogie leer dat die formatiewe invloed nie beperk is tot 'n korte ontwikkelingsperiode, maar later ook nog, sy dit in mindere mate, voort bly bestaan. Verander dus êrgens onder patologiese omstandighede die epiteel, dan moet onder die abnorme formatiewe invloed van die epiteel sekundair ook die bindweefsel verander.

Die reste wat die fisiologiese nawelbreuk agterlaat bestaan nou uit epiteel aanleg, en die daaronderliggende ongedifferensieërde mesengiem. Die epiteel word nou getref deur die selfde prikkel wat elders fibroadenomatose opwek, dan verander hier die persisterende soeloom in dieselfde hoogsilinder epitheel as ergens anders, hierdie epiteel sal nou op die mesengiem werk, sterker dan ergens anders op reeds tot bindweefsel gedifferensieërde mesengiem, en hier spierweefsel sowel as stroma vorm. Ons kom tot die resultaat dat in hierdie woekeringe werkelik uterusslymvlies, ten dele ook met 'n mantel van gladde spierweefsel, gemaak word. Wat is die faktor wat die struktuur verandering tot stand breng ?

By die geslagsrype vrou is funksionerende ovaria. Die funksie is 'n dubbele :

1. Vorming van rype eiselle.
2. Interne secretie.

Die faktors wat dus die oorsaak van die woekeringe vorm, is :

a. Werking van die hormone van die ovarium plus ontsteking.

b. Werking van die hormone van die ovarium plus 'n tot nog toe onbekende faktor.

Alleen hierdie werking sou die deelname aan die menstruasie verklaar, en die peritoneale epiteel veranderinge verstaanbaar maak. Alleen so 'n werking wat deur die sirkulasie, in werksaamheid kom kan verklaar waarom die woekeringe aan sulke verskillende plekke kan optree. Dat die peritoneum aan iedere plek in gelyke wyse kan reageer, as die ander voorwaardes dieselfde is, is verstaanbaar, want ons het grond om aan te neem dat die soeloom van die werwel-dier oorspronklik 'n gewigtige geslags- en sekresie-orgaan was, wie se wande oorals geslags-selle geproduseer het. By die mens bly daar nog 'n rest van hierdie vroeëre eenheid, in die vermoë van die subepiteliale weefsel om 'n desiduale reaksie te gee, dit kan selfs aan die dun-darm serosa gebeur. In hierdie desidua vorming moet 'n verwantskap van die subperitoneale bindweefsel met die stroma van die uterus slymvlies gesien word. So is dit verstaanbaar dat op bepaalde prikkels die bindweefsel van de subserosa ook die bou van die uterus slymvlies aan kan neem, dus selrijke sitogene weefsel kan vorm. Met die oog op die genoemde wet van die leidende rol van die epiteel, moet ons 'n primaire verandering van die serosa epiteel deur die hormoon werking aanneem, in die sin dat dit sy struktuur verander, en gelyk word aan die epiteel van die uterus. Hoewel die hormoon tog oorals die selfde is, verander die serosa alleen op bepaalde plekke, daaruit volg dat die epiteel alreeds iets moet makeer het, as dit met 'n struktuur verandering wil gaan reageer. Dit is moontlik dat ontsteking

soms 'n predisponerende rol speel, maar in ander gevalle is daar weer nie 'n spoor van infeksie nie. Ander, nog onbekende factore mag 'n rol speel. Daar is nog 'n groep factore, nl. die ontwikkelingsstoornisse. Die epiteel van persisterende embrionale uitbogtinge van die soeloom, of „versprengte" dele van embrionale organe, die van die soeloom afstam, soos die Müllerse gange, en die van VON FRANQUE waargenome trilhaarepiteel eilande van die bekken serosa, lyk gepredisponeerd vir sulke woekeringe.

Dus, peritioneaal epiteel, deur ontsteking of 'n ander factor verander, word onder invloed van die interne sekresie van die ovarium tot uterus slymvlies verander. Dit bewerk weer 'n verandering van die subsereuse bindweefsel tot tiepiese stroma. Hierdie nuw gevormde uterus slymvlies groei nou in die onderliggende organe in, wat nie aantoonbaar verander is nie. Sy konklusies is:

Alle heterotope benigne woekeringe met die bou van die uterus slymvlies , is van peritioneaal epiteel — in sy wydste sin, inklusief uterus- en tubaslymvlies — ontstaan.

Al die woekeringe vertoon gelyke bou en functie.

Hulle kom uitsluitend by vroue van geslagsrype leeftyd voor.

Almaal neem aan die menstruasie deel.

Almaal het histologies die selfde bou.

Die bou is presies die van die uterus slymvlies.

Ooreenkoms van bou en funksie eis 'n selfde afkoms, as gemeensame moederbodem kom alleen die peritoneum in aanmerking.

„Die Einheitlichkeit aller dieser Wucherungen ist nur durch den gemeinsamen Mutterboden gegeben. Das Wesen der Wucherungen ist ein verschiedenes".

Drie verskillende prosesse.

a. Vorming van egte tumore (Blastome).

b. Transplantasie produkte.

c. 'n Woekering, waarskynlik kompensatoriese nuw-vorming van uterusslymvlies.

Dit is nie juis om die woekeringe as ontstekingsprosesse op te vat nie. Die stroma is nie grannulasie weefsel nie.

Vir die tot stand kom van die woekeringe is die hormoon werking nodig.

HOOFDSTUK III.

Die Adenomiome van die Ovarium.

Vir sover ek weet is die eerste geval in die literatuur beskryf deur W. Russell in die John Hopkins Hospital Bulletin onder die titel „Aberrant Portions of the Müllerian Duct found in the Ovary".

By sy pasiente, wat al virby die menopouse was, is 'n operasie gedoen vir 'n cysteuse adenokarsinoma van die linker ovarium. Die regter ovarium was adherent aan die agterste blad van die breë band, die regter tuba was vry. Uit koepes gemaak van die regter ovarium blyk dit velde te bevat wat presies op uterusslymvlies lyk. Serie koepes het aangetoon dat op verskillende plekke in die ovarium was daar foki van dieselfde soort, waarin sig klierweefsel bevind, met interglandulaire bindweefsel wat presies op die stroma van die uterusslymvlies lyk. Op sommige plekke was die formasies deur *bundels gladde spierweefsel* omgee. Die epiteel van die klierbuise is op sommige plekke met trilhaarepiteel bekleed. Daar was 'n groef op die oppervlakte van die ovarium, sommige van die klierbuise het hierin uitgemond, die epiteel wat hierdie groep bekleed het geleidelik oorgegaan in 'n eenlagig kubies epiteel, om op die rande van die groef voort te gaan as germinaal epiteel. Die bundels gladde spiervesels was min of meer konsentries gerangskik met uitlopers in die omringende ovariaal weefsel. In die klierholtes was leukosiete en rooibloedligaampies.

In kort die geheel was 'n eksakte reproduksie van gedeeltes van die uterusslymvlies.

Russell bespreek agtereenvolgens die oorsprong van epiteliale elemente in die ovarium, namelik, van die germiaal epiteel, van die membrana granulosa van die Graafse follikel, van die Wolfse ligaam en van die Müllerse gang, en konkludeer, dat „If we accept Nagel's view (i.e. that the epithelium of the Müllerian duct is derived exclusively from true germinal epithelium) it is not difficult to see that the portions of the germinal epithelium which form the ovary should at times attempt to reproduce those structures which its function elsewhere calls on it to do". En so besluit hy dat die toestand te wyte is aan 'n „anomalous point of development of portions of the Müllerian duct, in the germinal epithelium".

Ek het alreeds gese dat die begrip „bloedcyste" in die latere tyd verbind geword het met die van adenomioom van die ovarium. Hierby wil ek helemaal nie beweer dat alle bloedcystes van die ovarium adenomiome is nie, maar alleen dat as 'n bloedcyste gevind word, een van die differensieel diagnostiese moontlikhede 'n adenomioom is. So ook byvoorbeeld, in die vroueklinick is die bloedcystes van die ovarium by operasie gevind, bewaar met die oog op die moontlikheid dat die toestand sou bestaan.

Die volgende melding wat gemaak word omtrent adenomiome van die ovarium is 'n onbewuste. In 1903 skryf Walthard 'n stuk „Zur Aetiologie der Ovariaal Adenome". Hy het 'n ondersoek op tagtig ovaria gemaak afkomstig van pasiente van alle leeftyë, en bespreek die epiteelbuise wat hy daarin gevind het. Onder andere maak hy melding van buise met silinder epiteel, wat soms trilhaarepiteel bevat

en omgee is deur 'n erg selryke stroma wat duidelik van die omliggende ovariaal stroma te onderskei is. Die plaat wat hy van die toestand gee, laat geen twyfel oor nie dat die beskrewe buise tot die adenomiome behoort nie. Hy vertel egter nie hoeveel hy hiervan gekry het nie.

In 1900 volg 'n stuk van AGNES BABO.

BABO is verbaasd dat RUSSELL Müllerse reste in die ovarium aanneem. Dit is 'n paradoks, want die ovarium is van die Müllerse gang deur die hele Wolfse ligaam geskei, en sy geval is ongetwyfeld 'n intraovariale mesonefriese adenoomvorming. Omtrent haar eië geval sê sy: „die intraovarielle adenokystomatöse Neubildung in unserem Falle in alle und jedem Punkte ein getreues Spiegelbild des adenokystomatösen Antheils der VON RECKLINGHAUSEN'schen Adenomyome der Uterus- und Tubenwandung abgiebt, für die dieser Autor die Herkunft vom Mesonephros behauptet.

Die durch L. PICK erwiesene Eigenschaft der physiologischen Urnierenreste, charakteristische Adenomyma vom VON RECKLINGHAUSEN'schen Typus zu erzeugen, wird durch meinem Fall an „verlagerten", also pathologischen, aber zweifellosen Urnierenresten wiederum demonstriert".

In 'n interessante stuk van PICK „Uber Adenome der männlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spurius", maak hy melding van drie voorbeelde van adenomiome van die ovarium wat hy „Adenoma endometrioides ovarii" noem. Hiervan sê hy „Die Ahnlichkeit dieser Adenominseln und Stränge mit dem Endometrium corporis uteri ist eine so frappante, das regelmässig diese Diagnose gestelt wurde, wenn ich

Histologen von Fach eine solche Stelle unter dem Mikroskop einstellte. Dieses endometriumähnliche Gewebe nimmt auch ganz zweifellos an den menstruellen und sonstigen Congestionen des weiblichen Genitale Anteil". Die ontstaan denk hy óf van oernierreste, óf verplaatste selle van die peritoneum of kiemepiteel in so ver hier epiteel sel-komplexe teenwoorig is, in welke die prospektieve potensie van die oernierspleet behou is.

In 1905 skryf SAVAGE omtrent die hematoma van die ovarium. SAVAGE maak nie melding van adenomioom. Hy beskryf bloedcystes wat beklee is met kubies epiteel, en daaronder 'n laag selle wat op die teka interna van die Graaff'se follikel lyk. In 'n ander geval is die cyste ontstaan van vele kleine follikels.

„Small follicles which are prematurely ripening and bursting into the main cryst. The formation of the blood cyst can be traced by observing in the lining the different stages of the young grafian follicle from the small, epithelium lined, lancetshaped, unruptured cysts with their accompanying newly formed bloodvessels and prematurely developing lutein cells in the theca interna up to the openmouthed clefts which have ruptured into the cyst and discharged their content. Many vessels are on the point of bursting".

Hy deel die hematomas in twee groepe. Die eerste groep ontstaan van 'n multipele en te vroeg ryp word van die follikels, in die twede beskryf hy so, dat daar 'n buitenste laag van kongestiewe ovariaal weefsel is, naby die cystebekeedsel is bloed ekstravasasie, baie groot ronde of kubiese selle wat grôwe gele korrels besit. Die cystes kollabeer nie as hulle skeur nie. SAMPSON meen dat onder die cystes van SAVAGE ook adenomiome voorkom. Die geskiedenis van

die operasies wat SAVAGE gee is dikwels net soos die wat ons kry in gevalle waar adenomiome gevind word.

In 1908 skryf WOLF ook oor hematoma van die ovaria maar maak geen melding van adenomiome nie.

Die volgende stuk oor hematoma lewer HEDLEY in 1910. Hy beskryf agtien gevalle van hematoma van die ovarium en noem dit 'n toestand waarin die ovaria vergroot is en vloeistof bevat wat op ou veranderde bloed lyk, van 'n teeragtige konsistensie. Die ovarium is altyd met die omgewing vergroei en skeur by wegname sodat donkere vloeistof afloop. Die toestand kan uni- of bilateraal wees. Die cyste kollabaer nie nadat die vloeistof afgeloop het nie. Sie hier weer die tiepiese geskiedenis. Ook hier meen SAMPSON dat adenomiome in aanmerking kom. —

Nou kom weer RABINOWITZ in 1917 met 'n adenomioom van die ovarium voor die dag. Hy beskryf die geval van 'n pasiente van een-en-vyftig jaar, by wie die menopouse die vorige jaar ingetree is en wat vir 'n paar weke 'n bloederige afskeiding het. Sy het geen kinders nie. Daar is ná 'n abortus „pelvic inflammation" gewees twintig jaar gelede. Daar is 'n groot abdominaal tumor. By operasie blyk dit 'n groot ovariaalcyste met sero-sanguineus vog gevul te wees. Die regter ovarium is is 'n semi-soliede tumor verander, wat vergroei is met die omgewing. In die grote cyste loop in sy onderste gedeelte 'n streng. By histologies ondersoek is dit 'n tiepiese adenomioom. Daar is klierbuise met silindries epiteel. *Spierweefsel word om sommige buise gevind.* In die regter ovarium is daar ook adenomioom aanwesig. Daar is velde van adenomioom in die ovarium, die stroma daaromheen is duidelik te onderskei van die ovariaal stroma. *Geen spierweefsel gevind nie.* In die klier-

lumina is ou bloed. Die ovariaal stroma vertoon geen groniese oöforitis. In beide tuba tekene van groniese salpingitis. Rabinowitz vra nou af waarom daar geen adenomiome van die tubae voorkom nie soas gewoonlik gebeur in gevalle van groniese infeksie. Waarom het die linker ovarium anders as die regter gereageer ? Vanwaar kom die spierweefsel in die regter ovarium ? Hy antwoord die vraë so : die tuba neem waarskynlik langer om adenomiome te vorm as die ovaria ; die spierelemente kom van reeds aanwesige spiervesels in die ovarium wat veel meer voorkom as wat mens denk. Hy neig naar die ontstekings teorie van ontstaan. Hy sê dat hy die eerste geval van ovariale adenomioom beskryf het. Blykbaar het die werk van sy landgenoot Russell hom ontgaan.

Die volgende melding van die bloedcystes in die ovarium kom van Novak in 1918. In sy indeling van hematomas in die ovarium maak hy nie eers melding van onse „chocolate cysts" nie. Hy beskryf vyf-en-tagtig gevalle van ovariale hematomas en deel hulle in, in follikulaire, korpus luteum, en stroma cystes.

In 1919 beskryf Casler 'n heel eienaardige geval. Dit betref 'n pasiente waarby 'n histerektomie gedaan is vir 'n uterustumor. By histologies ondersoek bevat die uterus slymvlies geen kliere nie maar wel veel stroma wat tussen die spierbundels in infiltreer. Die linker ovarium is behou. Die pasiente bly egter haar menstruasie behou, gereeld iedere maand vir 'n gedeelte van 'n dag, vir vier jaar lang. Toe begin sy kla oor obstipasie, gevolg deur diarrhoe en krampagtige pyne. By ondersoek word daar 'n onregelmatige knobbelige cysteuse massa gevoel in die gebied van die linker ovarium, iets beweeglik. By operasie word 'n pampel-

moes grote tumor gevind wat vergroei is met sigmoid, rektum, blaas en laterale bekkenwand. By wegname van sigmoid en rektum bars die cyste en sjokoladekleurige vog loop af. Mikroskopies blyk dit 'n ovariaal cyste te wees, opgebou uit uterus weefsel met overmate van stroma soas vroeër ook in die uterus gekry. Die wande van die cyste bestaan uit normaal ovariaal weefsel met hier en daar *gladde spierweefsel.* Die cyste is bekleed met hoogsilindries epiteel, wat hier en daar trilhaar besit. 'n Basaal membraan is aantoonbaar. Die klierbuise mond uit in die sentrale holte, die stroma is deurbloed. Casler se geloof in die ontstaan uit die reste van die Müllerse gang word versterk deur die feit dat een en dieselfde patologiese veranderinge én in die uterus én in die ovarium plaas gevind het.

In 1920 moet 'n geval van adenomioom van die ovarium deur Otto Schwarz beskryf wees, maar daar ek die stuk nie in hande kon kry nie kan ek my nie hieroor uitlaat nie. Die referaat is „Adenomyoma of the ovary. Jour. Missour. Med. Ass. 1920 xvii".

In 1921 volg 'n stuk van Norris. In die geval wat hy beskryf, was die endometrium in die normale interval stadium. In die linker ovarium beskryf hy 'n cysteuse holte wat omgee is deur *'n laag gladde spierweefsel* onregelmatig gerangskik, en direk op die spierlaag is 'n weefsel wat identiek is met die uterus slymvlies. Die cyste bevat bloed. Die oppervlakte so-wel as die klierbuise epiteel, is vry hoogsilindries, die nuclei van die epiteel-selle is ovaal, en sentraal gelege. Die kliere is die interval tiepe, so ook die stroma. Die klierbuise kan vervolg word van die cyste tot die laag gladde spierweefsel. Norris is verstandig en laat

hom nie oor die ontstaan van die tumore uit nie, maar is tevrede om te sê „the presence of endometrial tissue opens up new channels for theories of the histogenesis of ovarian tumors".

Van nou af vermeerder die gevalle van ovariaal adenomioma sterk. Die bron van die eienaardige woekering, met enkele uitsonderinge bly Amerika. SAMPSON en MEIGS tesame beskryf in twee jaar tyd nie minder dan vyf-en-sestig gevalle nie, en ek moet beken dit kom wat bedenklik voor.

Gronologies is nou die werk „Perforating Haemorrgagic Cysts of the Ovary" van SAMPSON aan die beurt, maar ek wou graag die werk van SAMPSON alles te saam behandel, en sal nou maar voort gaan met die stukke van JANNEY, MEIGS en MULLER, wat almaal in 1922 verskyn.

JANNEY beskryf drie gevalle. By sy twede geval is die menopouse al nege jaar gelede ingetree. In die beskrywing van die steeds sig herhalende histologiese kenmerke van die adenomioma, kon hy alleen nie trilhaarepiteel aantoon nie. In twee van sy gevalle was daar klein bundels selle op die rande van die endometriale weefsel in die ovaria *wat baie gelyk het op spierweefsel*. By al drie gevalle was daar ooreenstemming, wat die menstruele sieklus betref, tussen die uterus slymvlies aan die een kant, en die adenomioom weefsel van die ovarium aan die ander kant. Die geval waar die menopouse alreeds ingetree was, vertoon 'n matige senicle atrofie van die endometrium, wat egter nie so duidelik was in die ovariaal woekering nie. Na bespreking van die ontwikkeling van die Müllerse gang van die „genital ridge", en die formasie van die tregter wat eventueel die Müllerse gang lewer, sê hy, dat hy by sy

embriologiese ondersoekinge gevalle gekry het waar die tregter, in plaas van soas gewoonlik, op die laterale kant vorm, aan die mediane kant kom, en dus veel digter by die geslagsklier kom te lê, so dat hier dus 'n menging van weefsel goed denkbaar is, en so kan weefsel, wat die vermoge besit om endometriale weefsel te vorm, in die ovarium geraak. Die rede waarom so 'n weefsel nooit in die testes gevind word nie, is dat sonder 'n ovarium sou die weefsel atrofies word.

Meigs is 'n entoesiastiese bewonderaar van Sampson, en vind dat hy lig gewerp het op alles wat in die verlede duister was. Hy neem volkome die implantasie teorie van Sampson aan. Hy het sestien gevalle gehad. In meeste van die gevalle kon hy gemaklik die endometrium-agtige weefsel aantoon, in anders moes die diagnose gemaak word op die vóórkome van die cystewand. Daar is 'n laag van kubies of silindries epiteel, wat rus op 'n weefsel bestaande uit bloedvate en los bindweefsel, met ouë en nuwe ge-extravaseerde bloed. In een geval kan hy implantasie bewys ; daar was 'n adeno-leiomioma, van die agterste wand van die uterus, maar nie in aanraking met die adherente adenomioma van die ovarium. Die punt van die appendiks het vas gesit aan die ovariale cyste, en op histologies ondersoek is klier buise en stroma, wat op endometrium lyk, terug te vind in die appendiks. Meigs sê „the most important findings are haemorrhage in the cyst wall lined with epithelum, which is single layered. The diagnosis is made by the presence of tissue under the microscope definitely resembling endometrium, *or by finding a cyst which is comparable to a delated gland found in adenoleio-myoma cantaining blood*" (!)

In Holland, in die geval gepubliseer deur Semmelink

en DE JOSSELIN DE JONG waarin elke onderdeel van die inwendige geslagsorgane, behalwe die tubae en die serviks, adenomiome bevat het, was in die hilus van die linker ovarium, cystes en klierwoekeringe; en in die regter ovarium, kliere in die hilus ingegroei, en cysteuse holtes omring deur sitogene weefsel, *en 'n aantoonbare spierrok.* Soas alreeds bo gemeld in die geval van RABINOWITZ kom meermaals die toestand voor, waar in die één ovarium spierwoekering optree, en in die ander nie.

MULLER het in 1922 ook 'n geval beskryf wat hom toevallig onder oë gekom het. Dit was 'n pasiente met 'n baarmoedertumor en klagte oor dysmenorrhoe, profuse menstruasie en pyn in die onderbuik. By operasie is daar adhesies rond om die adneksa. By ondersoek blyk die linker ovarium grotendeels verwoes, in die middel is 'n kersgrootte bloedcyste. Mikroskopies is daar klierbuise en sitogene weefsel, wat volkome op uterus mukosa lyk. Die klierbuise word op die oppervlakte gekry, hulle dring diep in die ovariale weefsel in, so ook in die buurt van die grote cyste waar hulle selfs in die lumen daarvan uitpuil. Die stroma is deurbloed, ook in die klierbuise is rooibloedligaampies. *Nergens is spierweefsel nie.* Die sitogene weefsel is skerp van die ovariaal stroma afgegrens. MULLER sê 'n mens kan aan verdwaalde kieme denk, wat aanvanklik moes bydra tot die vorming van die Müllerse gange; en dat ons die reg het om aan te neem dat enkele selle in die buurt van die aanleg, hulle op 'n afstand op die selfde wyse kan gaan gedra, as die selle wat bydra tot die vorming van die Müllerse gang. Skuil daar nou onder die kiem epiteel, wat sy ontstaan dank aan die soeloom epiteel, enkele selle met

bogenoemde eiënskap dan is die ontstaan van die klier buise gemaklik voor te stel.

Die desiduale reaksie wat op enkele plekke in die peritoneum voorkom, bewys dat dáár selle is met latente eiënskappe wat nog wys op 'n oorspronklike afstamming van die soeloom epiteel. Daar is dus selle wat hulle anders gedra as die oorige, en het seker al in 'n baie vroeë embrionale stadium die eiënaardigheid gekry. Hulle kan nou tot epiteliale elemente uitgroei, of die eiënskap om dit te doen, latent bewaar, en dit kan dan deur een of ander prikkel te voorskyn geroep word. Dus moet 'n mens aanneem dat in die prille jeug die kliere die gedaante gehad het van die jonge uterus slymvlies, om in die puberteit tot die bekende tiepe te ontwikkel, en dan ook, deur dieselfde prikkels wat die menstruasie verwek, daar aan mee te gaan doen. Dit is 'n baie aanloklike teorie maar daar bestaan gedugte besware teen, waarop ek later terug kom.

Die werk van Sampson.

Sampson het in die geheel vier stukke geskryf oor hierdie onderwerp, waarvan drie gaan oor die voorkome van adenomiome in die ovarium, wat hy eers „perforating haemorrhagic or chocolate cysts" genoem het en later „ovarian haematomas of endometrial type". Sy vierde artiekel is oor „Intestinal adenomas of endometrial type". In die eerste stuk „Perforating Haemorrhagic Cysts of the Ovary" maak hy attent hoe veelvuldig die tiepe van hematoma voor kom. Hy denk hulle perforeer, en dat die digte adhesies wat om die adneksa, en op andere gedeeltes van die bekken voorkom, te wyte is aan die inhoud van die cystes, wat met die perforasie uitloop. Die adhesies is

verskillend, soms so dig dat hulle maligniteit simuleer. Van histologies en pathologies belang is die voorkome van weefsel van 'n endometriale tiepe, wat die wande van die hematome bekleed, en in sakke op die ovarium ook gekry word, veral rondom die perforasie-opening. Die weefsel word ook in die adhesies terug gevind, en oorals op plekke waar die inhoud op kan val, as dit uitloop. Fisiologies kan die adenoma menstruerende organe wees. Die bloedinge vind plaas in die cyste, of in die peritoneale holte en kan óf geabsorbeer word, óf ander foki gee wat naar alle rigtinge toe hulle kan uitbrei. Vanaf 1912 al het hy die verband tussen die hematomas en die adenomiomas van die agterste uterus wand gesien, maar dag toe dat die adhesies deur irritasie ontstaan het, deur die inhoud van die cystes, wat miskien 'n menstruele ferment besit, ot dalk bakteria. Kulture was egter steriel.

By operasie is die cystes met die omgewing vergroei, en by wegname bars hulle, en die teeragtige inhoud loop af. Die skeuring gebeur op 'n plek waar miskien 'n vroeêre perforasie plaas gehad het. Die plek van perforasie is op die laterale of vrye kant van die ovarium. Die wand van die cyste is soms ruw deur ou bloedinge, en soms glad. Die cystes kan multilokulair wees. In die diagnose van adenomiomas is dit gewens om te neem, vir vergelyking, nie die normale uterus mukosa nie, maar die ektopiese endometrium waar daar cyste formasie is, in die uterus wand; want hier sou die fiesiese verhoudinge die selfde wees. Hier kan die epiteel laag óf hoog wees, of geheel ontbreek in plekke. Verder kan die karakteristieke stroma by die cyste baie dun wees, of totaal afwesig, sodat die epiteel direk op die spier rus. Sy hematomas gee dieselfde beeld

as die van die uteruswand beskryf, behalwe dat daar dan ovariaal stroma is, en nie uterus spier nie. Waar kom die epiteel vandaan ? RUNGE en WOLF het die epitelisatie van ovariaal hematomas gedemonstreer deur uitbreiding van die oppervlakte epiteel van die ovarium. As dit so is, dan moet daar metaplasie kom, en hierdeur verkry die epiteel nie alleen die histologiese beeld nie, maar ook die funksie van die endometrium. Of is die hematomas van begin af al misskien van endometriale tiepe ? Dit is moontlik dat na barsting van die hematoma, of van wat óók die sekundaire epiteliale invasie voorgegaan het, misplaatste epiteel van endometriale tiepe teenwoordig was in die periferie van die ovarium op die plek, so dat hierdie epiteel op een of ander manier geprikkel was om die cyste wand te voer. SAMPSON glo dat die klieragtige strukture wat so dikwels in die ovarium gekry word, en as sel-inklusies beskou word, is dikwels te wyte aan misplaaste epiteel van endometriale tiepe, wat onder behoorlike prikkels kan groei en deur die originele perforasie opening die cyste wand weer gaan beklee. Die menstruasie verskynsel kon hy baie duidelik aantoon veral by pasiente wat gedurende die menses geopereer was.

SAMPSON gee drie groepe van cystes.

1. Waar 'n gedeelte van die holte gevoer is deur 'n „wavy pigmented luteal membrane", in verskillende stadia van retrogressie, terwyl die ander gedeelte met laag of hoog silinder epiteel beklee is, wat op 'n vasculaire selryke stroma rus, wat dikwels (sic !) ook klieragtige strukture bevat, wat op uterus kliere lyk. Bloeding kom in hierdie stroma voor. By die samekoms van die epiteel en die luteinagtige laag, is die epiteel verplat, en klim oor die luteale laag. Dit is dus, óf die ontwikkeling van 'n endometriale cyste uit

'n follikulaire hematoma, deur die invasie van die bogenoemde misplaaste epiteel; óf dit is 'n regenerasie van die epiteliale bekleding van 'n gewone endometriale cyste, na 'n bloeding.

2. Hierdie groep is 'n vroeëre of 'n latere stadium van groep een. Die epiteel is laag kubies of silindries, dikwels met 'n smalle laag vasculaire stroma en *soms* die klieragtige strukture.

3. Hierdie groep is moeilik herkenbaar. Die wand word deur ovariale weefsel gevorm en kan ook in plekke 'n definitiewe epiteliale bekleedsel mis. As daar epitelium is, dan is dit laag, en rus op die ovariaal stroma. Daar is egter endometriale weefsel in die sakke op die oppervlakte van die ovarium. Die soort cyste word ook gekry in uterine adenomiome. Hy denk dit moontlik dat die cyste verskillende tydperke van één en die selfde ding is.

Sampson beskryf die „pockets" op die oppervlakte van die ovarium, en denk dat hulle ontstaan deur dieselfde prikkel wat die endometriale weefsel laat groei.

Deur die perforasie gat kon epiteel stukkies uitlek, en die stukkies word geimplanteer op die bekken serosa en elders en veroorsaak weer adenomiome daar. Die adhesies is ook te wyte aan die inhoud van die cystes wat uitgelek het. Hy denk die inhoud is menstruele bloed en dat dit van normale bloed verskil in sover dat dit meer irriterend is. In tien uit veertien gevalle, waar die adhesies ondersoek was, was daar 'n adenoma van endometriale tiepe. Die ovariaal fokus is die primaire, en die rest is sekundair hierop. Die sekundaire adenomiome kan meer op die uterus slymvlies lyk, dan die oorspronklike ovariaal woekering.

Hy weet egter nie of al die ander adenomiome sekundair is aan ovariale adenomiome.

Op grond van die volgende data denk SAMPSON dat die bloedcystes van endometriale tiepe is: die hematoma, net soas die uterus mukosa is aktief gedurende die geslagsrype lewensperiode; histologies is die epiteel wat die cystes bekleed, gelyk aan die van die cystes by uterus adenomiome; periodiese bloedinge kom voor in die hematomas wat mikroskopies en makroskopies lyk op die van die menstruasie van die endometrium; die sjokolade inhoud van die cystes lyk op ou menstruele bloed; die menstruele sieklus van die uterus slymvlies en die endometriumagtige weefsel in die ovarium kom ooreen; en tenslotte die feit dat die uitlopende inhoud van die cystes ook adenomiome kan lewer.

SAMPSON is van die mening dat die toestand 'n definitiewe klieniese eenheid is en in 'n groot persentasie moet 'n mens hulle kan diagnostiseer voor operasie.

Die menstruele anamnese was verskillend; omtrent die helfte het pyn aangegee.

Klienies vind hy: die ouderdom is van dertig tot die menopouse: steriliteit kom voor, of anders geen kinders vir verskeië jare; dysmenorrhoe van die verworwe soort, dit kan progressief erger word: pyn verskillend in karakter: Obstipasie wat erger word met die menses is suggestief. Die uterus is dikwels in retrofleksie en adherent.

Die aandoening kan lokaal of difuus wees, glad of knobbelig. By operasie blyk die cyste adherent, en dit bars as dit losgemaak word en sjokoladekleurige vog loop af.

Wat die histologie betref verskil dit, maar SAMPSON denk dat dit, soas reeds gesê, alleen te wyte is aan verskillende ontwikkelingsperiodes van een en dieselfde ding.

Hy sluit met die mening dat die klierbuise se ontstaan kan wees, óf kongenitaal, óf verworwe, en dan wel deur inplantasie op die ovarium van die epiteel wat van die tuba kom gedurende die menses. In die pelvis kan dit ontstaan óf van die epiteel wat gedurende die menses uit die tuba komt, óf van die epiteel wat deur perforasie van die ovariale cyste in die bekken geraak. SAMPSON se tweede stuk is grotendeels 'n herhaling van sy eerste. Hier sê hy omtrent die hematomas „glandlike structures were *occasionally* found in this stroma, resembling uterine mucosa". Omtrent die cyste bekleedsel, wat hy vroeër voorgestel het as miskien uitgaande van epiteel inklusies in die ovariale weefsel sê hy „I now believe that it was derived either from epithelium not completely removed, as in the regeneration of the epithelium after menstruation, or else from epithelium which escaped from the perforation and grew back again, or reimplanted itself. Pockets were often found on the surface of the ovary about the perforations which were lined by tissue resembling typical endometrium more closely than that lining the haematomas. I now recognise that most of these arose from the implantation of epithelium escaping through the perforation of the ovarian haematoma."

Hy lê nadruk op die feit dat die cystes moet vergelyk word, nie met normaal endometrium nie, maar met die weefsel in cystes in uterine adenomiome gevind. Hy het nou in veertig gevalle die adhesie weefsel ondersoek, en in nege-en-dertig het hy adenomiome terug gevind. Die feit dat trilhaar epiteel voorkom, denk hy verswak die serosa teorie van die ontstaan van hierdie woekeringe. Hy wyk af van wat by alle ondersoekers so ver vasgestel is, namelik dat die adenomiome die limfendotelië respekteer,

en sê dat die invasie van limfvate met daaropvolgende metastase in die lies voorkom. In 'n primaire adenomioom van die tuba het hy so 'n limfvat invasie ook waargeneem, en hy denk dat so iets in die uterus ook kan gebeur. Hy het nou die lewensgeskiedenis van die cystes kon vervolg. Die desiduale reaksie kan hy ook konstateer. Hy bespreek weer die moontlikheid, van die uitlek van epiteel stukkies, uit die tuba afkomstig van, óf tuba- óf uterus-slymvlies, en sê dat hy sy implantasie teorie baseer op die volgende feite: epiteel word gevind op die oppervlakte van die ovarium: die epiteel kan trilhaar besit, soms lyk dit meer op die van die tuba en dan weer op die van die uterus. Hierdie epiteel, nou, kan in die ovarium indring, in die vorm van tubules. Die ovariaal weefsel om die epiteel op die oppervlakte, sowel as in die diepte van die ovarium, kan op menstruasie reageer. Onder die dertig jaar is die hematomas seldsaam. As hulle van kongenitale oorsprong was, sou ons hulle eerder verwag. Hulle ontstaan in 'n lewensperiode wanner dit moontlik is dat epiteel uit die tuba kan kom; in die gevalle is die uterus in retrofleksie en bevat leiomioma en polipe, wat alles kan bydra tot 'n „backflow" van menstruele bloed. In sy twee-en-vyftig gevalle van geperforeerde ovariaal hematomas, was die tubas ogenskynlik in almaal ope. Die hematomas is dikwels bilateraal, en perforeer gewoonlik op die laterale of ondervlak van die ovarium, dus juis die plek waar epiteel in die natuurlike gang van sake sou val en implantasie adenomiome gee. Die implantasie in die bekken gebeur deur die uitloop van die inhoud van 'n ovariaal cyste, en dit kan ook 'n implantasie op die ander ovarium gee. Hierdie laaste is dan net soas die woekering of hematoma in die eerste ovarium,

alleen meer virulent. Hy het gevalle gekry waar daar geen perforasie van die cyste aan te toon was nie. Toe was daar ook geen adhesis en geen implantasies. Tog kan daar implantasies op die bekken organe kom sonder 'n ovariale tussenkoms, maar dan is dit interessant om te sien dat hulle klein is, en nie so wyd versprei nie, hulle is nie so aktief nie en groei langsamer. Die ovarium sou 'n soort intermediaire gastheer wees of broeikas, wat 'n groter virulensie aan die epiteliale selle wat daarin groei gee, maar is nie beslis nodig nie vir implantasie. Om 'n stap verder te gaan wys hy daarop dat die epiteel van tuba en uterus 'n selfde afkoms het, maar hulle verskil in funksie en struktuur. Word die tuba uiteinde nou afgesluit dan ontstaan 'n hiedrosalpinks; 'n hematosalpinks is seldsaam. Word die serviks afgesluit dan ontstaan egter 'n hematometra; okklusie van 'n servikaal klier gee 'n cyste. Daar word ovariaal cystes gekry met 'n bekleedsel en inhoud wat op 'n hiedrosalpinks lyk, en ander weer wat op 'n retensie cyste van 'n serviks klier lyk. Sommige ovariale karsinomas lyk soas die wat van endometrium ontstaan en kan ook trilhaar epiteel bevat.

„Can these all have a common origin from these tubules of endometrial (Müllerian) type in the ovary; and furthermore, is the ovary an intermediary host (chemical laboratory) which in one instance causes these tubules to develop into endometrial haematomas, in another into a serous cyst lined by ciliated epithelium similar to hydrosalpinx, and again into a cyst resembling the retention cyst of the uterine cervix, and in another instance into an adenocarcinoma ?"

Dit is heel interessante vrae ! en hiermee kom ons tot

Sampson sy laaste werk „The Life History of Ovarian Haematomas of Endometrial Type" waarin hy drie-en-dertig gevalle beskryf. Die naam „perforating cysts" word verwerp, want ander bloedcystes kan ook perforeer. Hulle heet nou „Ovarian Haematomas of Endometrial Type" liewer dan endometriale hematomas, omdat in sommige gevalle kan die hematomas ontstaan van die tuba mukosa. Die primaire adenomiome van die uterus of tuba ontstaan van hulle mukosa, die sekundaire adenomiome is meer veelvuldig en ontstaan deur implantasie van epiteel op die oppervlakte. Die epiteel kom van geperforeerde ovariale hematomas, of van die tuba mukosa, of van die uterus mukosa deur die tuba heen, en tussen die twee laaste is daar dikwels mikroskopies 'n duidelike verskil. Dié van die tuba ontstaan, het duidelike tubules en gedilateerde tubules, bekleed met epiteel, gewoonlik sonder die karakteristieke uterus stroma en kliere wat in normale uterus endometrium voor kom; of, as hulle teenwoordig is, is hulle nie belangryk vergeleke met die algemene histologiese beeld van die woekering. In die primaire adenomiome wat van die uterus mukosa ontstaan, is die beeld net andersom, hier lyk dit op normale endometrium, en die tubules en gedilateerde tubules ontbreek, of vertoon maar 'n kleine gedeelte van die gehele woekering. By die studie van die woekeringe moet ons in die oog hou: die normale endometrium; die klier dilatasies en hiepertrofië; primaire adenomiome en veral die hematomas wat hierin voorkom, so ook die normale tuba mukosa, en die wat in hiedro- en hemato-salpinks voorkom; en ook die strukture in die primaire adenomiome van die tuba.

In die vyftien gevalle waar hy nie perforasie van 'n

ovariaal hematoma kan ontoon nie was die implantasie adenomiome almaal van die tubaire tiepe bo beskryf. Hierdie adenomiome het almal menstruasie verskynsels vertoon en nou kan ons sê, dat dit *teen* die tubaire oorsprong pleit, maar hulle het waarskynlik die funksie van menstruasie verwerf na implantasie. Implantasie adenomiome wat na perforasie van ovariale hematomas ontstaan, het meestal die uterine tiepe, en SAMPSON meen dat die adenomiome van die tuba ontstaan, deur hulle verblyf in die ovarium 'n uterine tiepe gekry het. As by die barsting van die hematoma, al die epiteel van die bloedcyste afgestoot word, dan is die cyste op 'n end. Bly daar egter 'n biekie oor, dan kan regenerasie optree net as by die endometrium. Die gehele epiteliale wand kan ook in die cyste holte afgestoot word, dan gaan die cyste ook dood. Die lewensperiode van die bloedcyste, en sy menstruele reaksie, skyn dus af te hang van die teenwoordigheid van sy epiteliale bekleedsel.

Van die diep gelege ovariale hematomas, sê hy, kon hy nie altyd die oorsprong bepaal nie, maar dikwels was te sien dat dit ontstaan van 'n tubule op die oppervlakte. Hy kon aantoon dat verskeië gedeeltes van een en dieselfde tubule, hematomas kan gee. Selfs in sommige van die grote cystes kon die tubule waaruit hulle ontstaan, uit hulle vervolg word. As die bloed nie uit die cyste kan kom nie, disintegreer dit, en deur 'n breuk in die epiteel bekleedsel, kan endoteliale leukosiete in die cyste inkom, en daar as fagosiete die rooibloedligaampies opeet. Hulle lê ook in die stroma om die cyste. Hier breek hulle nou op, en sit bloedpigment vry. Nou ontstaan hialine fibreuse weefsel in die stroma van die afgestote voering van die

cyste, en dit gee aanleiding tot 'n verdikte gepigmenteerde voering van die hematoma, sonder 'n epiteliale bekleding, wat in sekere stadia van sy ontwikkeling verwissel kan word met 'n korpus luteum hematoma. Die leukosiete word aangesien vir luteine selle.

In gevalle waar wat epiteel oorgebly het kry hy uitgerekte epiteel wat oor die gepigmenteerde voering van die hematoma groei.

Sampson denk dat die implantasie adenomiome in die ovarium ontstaan van die tuba- of uterus-epiteel, wat ook die bron is van veel van die ovariale cystes en karsinomas.

Hy het 'n spesiale studie gemaak van die normale ligging van die tubae ten opsigte van die ovaria, en vind so, dat die plekke waar die adenomiome voorkom, klop met die plekke waar stof, wat uit die tuba loop, normaliter sou val.

Archibald Donald beskryf tien gevalle van rectovaginale adenomiome waarvan die jongste pasiente ses-en-wtintig was, en die oudste sewe-en-veertig. Dysmenorrhoe was in iedere geval aanwesig. Die ontstaan van akute dysmenorrhoe in pasiente van middelbare leeftyd is 'n waardevolle simptoom vir adenomiome. In meeste van die gevalle kon die diagnose vóór die operasie gestel word. In sewe van die gevalle was teeragtige cystes van die ovarium gekry. Hy het veelvuldig die cystes by vroeëre operasies gevind. Die inhoud van die cystes was net soas die gekry in hematokolpos. Hulle kon nie in die mikroskopiese seksies die adenomioom weefsel aantoon nie. Later was in een geval van bilaterale teeragtige cystes van die ovarium, die adenomateuse weefsel wel aan te toon. Dit word deur :

Fletcher Shaw en Addis beskryf. Hierin was in die regter ovarium die gewone beeld terug gevind *met spier-*

weefsel. Hulle denk dat die druk van bloed in so 'n cyste langsaam die endometriale weefsel sal verdring, en daarom het Dr. DONALD dit in sy gevalle nie kan aantoon nie. In die linker ovarium moes hulle erg soek, voor die endometriale weefsel gekry kon word, en hierby was by seksies in die hilus 'n grote aantal van tubules, wat waarskynlik Wolfse reste is, gevind.

In dié geval was daar definitiewe lage van gladde spierweefsel. Die skrywers, wat blykbaar volgens hulle referaat alleen die werk van SAMPSON ken, meen dat hulle preparaat die eerste is, waarin spierweefsel voorkom! Hulle het daarna 'n twede geval gekry waarin die endometriale weefsel aangetoon kon word.

OTTO SCHWARTZ het ook 'n geval beskryf maar die kon ek nie in die hande kry nie. Ook deur CULLEN is verskillende gevalle aangehaal.

BLAIR BELL verkies die benaming endometrioma vir die gevalle waar geen spierweefsel voor kom vie, en endometriomiome waar daar wel spierweefsel voorkom, want die benaming sluit in, nie alleen die histologiese ooreenkoms met die uterus slymvlies nie, maar ook die funksionele ooreenkoms. Die lewe van die endometrium in die ovarium word beheers deur dieselfde sekresies wat die uterine endometrium beheers. Voor die puberteit is dit inaktief. Na die menopouse kom ons oue, vroeër afgeskeië bloed teen. Hy kan hom dit nie anders voorstel nie, dan dat die woekeringe, wat so 'n funksionerende struktuur het, van abberante kongenitale reste afstam, wat maklik in die ovarium denkbaar is. Hy beskryf 'n interessante geval waarby hy twee ovariale bloedcystes weggeneem het en ook supravaginale histerektomie verrig het. Hy maak 'n implantasie van

'n stuk van een van die ovaria in die rektus spier. Die pasiente het eers die verskynsels van die menopouse vertoon. Hy skryf voor, ovariaal- en tiereoid ekstrak en daarna menstrueer die pasiente al vir drie maande uit 'n een duimlange serviks.

In altwee ovaria is endometriaal weefsel gekry. Daar is maar weinig spierweefsel, nie meer as aan hieperplasie van die reeds bestaande spierweefsel toegeskryf kan word nie. In die ander ovarium is daar *meer spierweefsel*, dus 'n endometriomioma. Hy ook, het al van te vore hierdie „Chocolate cysts" laat ondersoek maar kon geen endometrium weefsel aantoon nie.

Murray Blair bespreek Meigs en Janney se werk, en sê hy voel meer vir die teorie van Janney, soas bo al uiteengeset is. Maar waarom kom die bloedcystes dan nie dadelik na die puberteit nie ? En dit antwoord hy dan so : omdat misskien die ontwikkeling van die primitiewe epiteel teruggehou word, deur sy ongewone omgewing ; misskien gaan dit so langsaam vir dieselfde rede, namelik vreemde omgewing, as dit oppervlakkig is. Lê dit diep dan kan druk van die gemenstrueerde bloed die atrofie van die endometriale weefsel te weeg breng, tensy daar 'n buitenstaande prikkel is wat die groei aanwakker. Hierdie prikkel nou, kan wees :

Lokale : 1. Menstrueele (hieperemie).

2. Nie menstrueele, dit wil se ; aktiewe hieperemie deur groniese of akute ontstekinge ; passiewe hieperemie deur trombose en so voorts, en deur primaire of sekundaire neoplasmas.

Algemene : Siektes wat die bloed verander : fosforusvergiftiging : verbrandinge : veneuse kongessie van die

abdominale organe. Sy konklusies is dat perforerende hematome van die ovarium is waarskynlik almaal: „Developmental uterine epithelium implantations"; die meerderheid, wat nie perforeer nie, kan menstruele simtome en abdominale pyn gee, en is van follikulaire, stromale, of korpus luteum oorsprong. Die selfde prikkel wat nodig is die drie laasgenoemde cystsoorte tot 'n klieniese eenheid te maak, werk ook op die geimplanteerde epiteel, om volwassene endometriale weefsel te vorm. Terugkerende aanvalle van abdominale pyne kan appendisitis simuleer maar kan ook veroorsaak word deur perforerende cystes; Sampson se implantasie teorie is plausiebel, maar nie bewys nie.

Hicks kon in sy geval *geen spier* aantoon nie. Hy wil die Müllerse oorsprong nie aanneem nie, op grond dat die woekeringe so laat ontstaan.

Hiermee is die literatuur omtrent die adenomiome van die ovarium vir sover ek weet uitgeput. In teksboeke word in „Eden and Lockyer's System of Gynaecology" dit ewe gemeld. Lockyer sê hier hy denk hulle moet die van epoöforon afstam. Ook Kaufmann meld die woekeringe.

HOOFDSTUK IV.

Eië onderzoek.

Na aanleiding van die werk van J. Sampson van Albany, N.Y., en andere, het ek, op aansporing van Prof. van Rooy, begin aan die studie van die eiënaardige woekeringe wat in die ovarium voorkom, en wat die verskillende name dra van Endometrioma, Adenosis, Adenomatosis, Adenomioma Ovarii, „Chocolate Cysts of the Ovary", „Ovarian Haematomas of Endometrial type" Endometrioma, Endometriomioma, ens.

Aangesien Sampson sy mooi monografie, „The Life History of Ovarian Haematomas of Endometrial Type", begin met die woorde: „Next to leiomyoma of the uterus, the pathologic conditions arising from the implantation of epithelium, which escapes from the fallopian tubes into the peritoneal cavity, probably furnish the most frequent pelvic lesion found at operation in women between the ages of thirty and the menopause" en dan vertel, dat in 170 laparotomië in een jaar tijd gedoen, vir bekkenaandoeninge, hy 37 gevalle in bowe genoende lewensperiode, en nog ses bowe en benede dié lewensgrens, dus drie-en-veertig alles te same, waarbij adenomiome voorkom, gekry het, het dit my gelyk of dit werklik 'n patologiese toestand is wat veelvuldig voorkom.

Die gevalle van Sampson loop oor die periode Mei 1921 tot Mei 1922. Hy sê nie hoeveel van hierdie gevalle adeno-

mioma van die ovarium is nie, maar op bladsy 12 van dieselfde boek vermeld hy: „From May 1921 to May 1922 I have collected thirty-three cases of ovarian haematomas, all but three occurring in my own practice. Four of the thirty-three specimens were removed prior to May 1922". Hieruit meen ek te kan verstaan dat SAMPSON dus in êên jaar tyd, by 170 willekeurige, — d.w.s., operasies nie vir hierdie bepaalde patologiese kondiesie, — ses-en-twintig gevalle van adenomiome van die ovarium gekry het. Vóór die tyd het hy al drie-en-twintig gevalle beskryf, en MEIGS ook, uit Amerika, beskryf sestien, dus in twee jaar tyd word deur twee ondersoekers alleen vyf-en-sestig gevalle gevind van 'n patologiese toestand wat tot nog toe sporadies voorkom en as 'n uiters seldsame afwyking beskou word. Is dit miskien, omdat daar geen ag op geslaan is nie ? Die adenomiome vorm bloedcystes. SAMPSON het hulle in sy eerste werke genoem „Perforating Haemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary". Die begrip bloedcyste word min of meer sinoniem met die begrip adenomiome van die ovarium. Onder hierdie geloof word ook verskeië bloedcystes van die ovarium wat by operasie verwyder is in die kliniek van Professor VAN ROOY apart bewaar, met die oog op later ondersoek van die toestand. Enkele van die cystes was glad van oppervlak, maar die meeste het oënskynlik die voorwaardes van egte endometriale bloedcystes, naamlik veelvuldige adhesies, vervul. Ek het dus met die ondersoek van die bloedcystes begin. Op die plekke waar nog ovariale weefsel oorbly, is stukke uitgesny en daarvan is koepes gemaak, so ook uit verskillende plekke van die wand van die cystes. En wat blyk nou ? Geen een van die koepes lewer by histologiese ondersoek ook die geringste spoor

van endometriale weefsel soas dit beskryf word by adenomiome wat sowel in die ovarium as op ander lokalisasies voorkom. Wel is in die wande van twee van die cystes epiteelbuisies gekry omring deur spier, maar die lyk niks op endometrium nie; hierop sal ek later terug kom. Die uitkoms is dus volkome negatief wat betref die eienaardige patologiese toestand waar dit om te doen is.

Hierna is tot die besluit gekom om alle ovaria wat by operasie verwyder word, helemaal onverskillig waarvoor hulle verwyder word, op adenomiome te ondersoek, en vanaf 16 Junie 1923 tot en met 16 November 1923 is sorgvuldig alle ovaria versamel en nagegaan. Hierby word uitgesonder die ovaria wat totaal verander is in grote sereuse cystes, die wat helemaal veretter is, en twee behorende tot 'n preparaat wat in sy geheel vir die museum wil gehou word. Daar was geheel verrig 140 laparotomië vir uitsluitend ginekologiese operasies (hernia, sectio caesaria, fistel-operasies, ens. uitgesluit) hierby is verwyder in 35 gevalle altwee ovaria, en in 27 gevalle een ovarium. Die aantal ovaria wat dus ondersoek is, is 97 en die aantal gevalle 62.

In al die gevalle is *maar een keer* adenomiome van die ovarium gekry, en hier is dit bilateraal.

Hierby word gevoeg twee ovaria wat my deur die vriendelikheid van Professor VAN ROOY uit sy privaat praktyk besorg is. Hierdie ovaria bevat verskeië bloedcystes.

Uit hierdie ondersoek blyk dus dat ten minste in Amsterdam adenomiome van die ovarium 'n seldsaamheid bly. By verskeië operasies was al die verskynsels wat by die woekeringe byna sonder uitsondering deur alle ondersoekers beskryf word voorhande, — naamlik digte adhesies, erge moeilikheid met verwydering van die geswelle, by

wegname verskeuring van die geswel, met wegloop van dikke sjokolade-kleurige vog ; en tog by die sorgvuldigste histologiese ondersoek geen spoor van weefsel wat in die verste verte op endometrium lyk nie. By die één geval, waar adenomiom voorkom, was daar wel sterke adhesies en die verwydering het veel moeilikheid opgelewer, maar daar het geen sjokolade-kleurig vog afgeloop nie.

Metode van ondersoek.

Ieder ovarium word in sy geheel ingesmelt in parafiene ; behalwe as die grootte van die preparaat dit belet. In so 'n geval word stukke uit die ovarium geneem en ingesmelt. Hierby word dan opgelet dat veral op die plekke waar 'n bloedcyste, hoe klein dan ook, is, of waar die weefsel makroskopies hemorrhagië, of donkere plekke wat miskien hemorrhagië kan wees, vertoon, die stukke vir die koepes geneem word. Van iedere preparaat word koepes gemaak, en vijf koepes word mikroskopies ondersoek, en wel iedere tiende koepe. Kom daar niks besonders in voor nie, dan word tien verdere koepes ondersoek, en wel iedere twintigste koepe, is daar dan nog niks, dan word hier en daar 'n koepe geneem uit wat nog oorbly van die preparaat, vir alle sekerheid.

Waar buisies met epiteel bekleed voorkom, word serie koepes gemaak, waarvan om die tien die koepes ondersoek word.

Waar adenomiome voorkom word serie-koepes gemaak en iedere vyfde koepe ondersoek deur die hele ovarium. By die gedeeltes wat die adenomiome bevat, word sowat iedere koepe ondersoek.

Die gewone kleuring-metodes is hematine-eosine-nagel

olie, maar tog meestal hematoksiline-eosine. Enkele koepes is met die kleuring van Giesson en met die elastine-kleuring gedoen.

Geval I. C. P. 50 j.

22.8.23. Pasiente vloei vanaf 18 Junie, en het vir 14 daë pyn links in die onderbuik.

Menses: Begin op 15-jarige leeftyd, gereëld om die maand; duur 5 daë, nie profuus nie, geen dysmenorhoe.

Fluor albus: Geen.

Defekasie: Ligte obstipasie.

Kinders: Drie, jongste 15 j., geen abortus.

Vroeëre siektes: Met 8 j. tiefus. Pat. is in die laaste tyd bleek en maar geword.

Status praesens: Pat. is 'n maar vrou, anemies, geen ikterus of oedeme, urine negatief vir suiker en eiwit.

14.9.23. P. V. Uterus in antefleksie, naar regs iets vergroot. Links naas die uterus 'n vuisgrootte, vas elastiese tumor? ovariale cyste.

Operasie: Mediane laparotomie; wat vry vog in die buikholte. Uterus het die grootte van 'n derde maands swangerskap, maar voel hard aan. Linker adneksum lê met tal van vergroeiinge in Douglas, regter adneksum nie te sien nie. Omentum is gefikseer met L. adneksum. Na losmaak van die darmadhesies, kom 'n groot adnekstumor te voorskyn, wat helemaal die linker helfte van die kleine bekken vul. Die tumor is hier innig vergroei met die omgewing. Met die oog op die leeftyd van die pasient word besluit tot totaal extirpasie volgens Kelly. So word agtereenvolgens die regter Lig. infundibulo-pelvikum, en Lig. rotundum geklief. Die parametrium is seer sterk geinfiltreer, en laat sig nie

los skuif nie. Met moeite word die regter vaatstam gekry en afgeklem. Die vagina word regs geopen, eers aan die voorkant, nadat die blaas losgemaak en terug geskuif is, dan agter en ten slotte links. Die linker Art. Uterina spuit en word gegryp. Die tumor laat nou seer gemakkelik van die bekken los, en kan na afklem van die linker Lig. infundibulo-pelvikum en rotundum verwyder word. Die klemme word deur omstekinge vervang, en na eter-wassing word 'n tampon in die vagina en parametraan wond gelê.

Daar die regter parametrium in 'n vas, kaasagtig infiltraat verander was, word aan die moontlikheid gedenk dat die ureter geklief is, en inderdaad word beide stompe terug gevind, die distale bly onversorg, die proximale word nog 'n stuk uit die infiltraat vry geprepareer, omtrent 'n ½ cM. ingeknip en elke lip word van 'n dubbelgewapen, seer dunne hegting voorsien. Hierdie hegtinge word deur 'n wond in die blaaskoepel van binne naar buite gesteek en geknoop. Die blaaswondjie word deur enkele geknoopte catgut-hegtinge verklein, die ureter nog eenmaal meegepak. Nou word die wond geperitoniseer deur gebruik te maak van die flexura sigmoidea. Nogmaals 'n eterwassing, dan sluiting op die gewone wyse in vier laë.

Gedurende die operasie maak Professor VAN ROOY die opmerking dat hy die indruk kry asof hy in kraakbeen sny.

23.9.23. Kateter is terstond gaan loop, eiwit swak positief, bevat veel leukosiete en erithrosiete, en enkele bakteria.

29.9.23 Urine bevat geen eiwit nie.

10.10.23. Rekonvalesensie ongestoord. Wond het per primam gesluit. Die litteken in die vagina is 'n weinig ge-

infiltreer. Die urine sien nog troebel. Pat. het weinig klagte en gaan huis toe.

Makroskopies :

Die preparaat bestaan uit uterus en adneksa. Die regter tuba sit om die ovarium vasgegroei, die geheel is innig met die uterus vergroei. Die linker tuba is by die wegname erg verbrokkel, daar hang nog enkele stukkies daarvan met die ovarium saam deur die mesosalpinks.

Uterus : Makroskopies :

Die baarmoeder is gelykmatig vergroot, voel hard aan, oppervlakte vertoon talryke adhesies en bevat geen knobbels. By oopknip van die kavum uteri, blyk die mukosa seer sterk hiepertrofies, dit is agt millimeter dik aan weerskante op sy grootste breedte en bevat enkele cystes. Die spierwand is sterk verdik en vertoon afwesigheid van mioom-knobbels. In die serviks 'n paar cystes.

Mikroskopies :

Die mukosa is cysteus gedegenereer en in die begin van die proliferasie stadium van die menstruele sieklus. Die kliere dring op sommige plekke 'n biekie in die muskularis in. In die spierwand is geen adenomioom te vind nie.

Linker ovarium. Makroskopies :

Die losse stukkies tuba word van die ovarium verwyder, op doorsnee bevat die ovarium 'n cyste gevul met 'n donker homogeen stof, die cyste is anderhalf centimeter groot, verder niks besonders. Die ovarium is matig vergroot. Dit word ingesmelt, en by die sny met die mikrotoom blyk die preparaat ontsettend hard te wees, sodat dit onmoontlik is 'n fatsoenlike koepe te kry. In my afwesigheid word die inhoud van die cyste uitgehewel, onder die indruk dat die hardheid hieraan te wyte is, en nou kan inderdaad die

koepes gemaklik gesny word. Die onsteltenis verwek deur die beskadiging van die cyste word gesus deur die terug vinde in die serie koepes van die bodem van die cyste, waarby blyk dat dit 'n gewone lutein cyste is.

Mikroskopies :

In die buurt van die hilus tref ons 'n weefsel gebied aan wat onmiskenbaar die beeld van die uterus slymvlies weergee. Dit het ongeveer die vorm van 'n skoensool. In die kleine gedeelte sien ons klierbuise wat lyk op die van die uterus in die eerste proliferasie stadium van die menstruele sieklus. In die grotere is die klierbuise uitgeset en in enkele lumina is rooi bloedligaampies terug te vind. Die epiteel van die klierbuise is silindries. Ek kon geen trilhare kry nie. Die kerne is ovaal en lê met hulle as in die lengte rigting van die selle gerangskik. Om die epiteel buise is selryke stroma met grote, soms ovale, soms spoelvormige kerne wat donker kleur. Die geheel is totaal omsingel deur 'n dikke spierlaag. Die spierbundelkies is meest in dwarse rigting getref maar deels ook in lengterigting en is deur bindweefsel omgee. Hulle loop in allerlei rigtinge en verloor hulle self in die ongewing. Rondom die spierlaag is die uitgesette vate van die hilus terug te vind. Op enkele plekke is daar heel klein haardjies van rondcellige infiltrasie. Midde in die ovarium, naas die beskadigde sentrale cyste lê 'n klein ronde cyste van ongeveer 'n half sentimeter grote. Die epiteellaag is dieselfde as in die klierbuise, maar bevat duidelik trilhaar. Die cyste is met bloed gevul. Verder vertoon die ovarium vlak by die endometriumagtige weefsel 'n groep klierbuisies wat 'n heel ander uitsien het as die vorige. Hulle is smaller, kleiner en bekleed met laag kubies epiteel. Hulle is in die serie koepes te vervolg lang na die

adenomioom opgehou het. Daar is geen spoor van sitogene weefsel nie, hulle is ingebed in die gewone ovariale stroma. Aan die anderkant van die grote cyste is nog so 'n groep klierbuisies te sien, hulle is veel ronder, die epiteel is eveneens laag kubies. Hier ook is geen sitogene weefsel. Hierdie buise is nie so ver as die eerste te vervolg nie in die serie koepes.

Regter adneksa. Makroskopies:

Die tuba krul deur sy gehele lengte om die ovarium en is innig daarmee verbonde maar goed te onderskei. Die ovarium is matig vergroot en sit vas aan die baarmoeder vergroei. 'n Snede word gemaak loodreg op die tuba waardeur 'n oorsig verkry word van die verhouding tussen die tuba en die ovarium en die daartussenliggende weefsel. Hierby word die punt van 'n cyste wat in die sentrum van die ovarium lê getref. Nou word waargeneem dat die lumen van die tuba geoblitereer is, en dat tussen die tuba en die cystewand sig 'n plus-minus millimeter grootte eiland bevind waarby alreeds makroskopies opval die andere geaardhied van die weefsel ten opsigte van die ovariale weefsel.

By loepe vergroting blyk nog duideliker die obliteratie van die lumen en dat al die slymvlies plooie van die tuba tot cysteuse ruimtes terug te breng, is, daar is dus 'n vroeëre salpingitis, soals byvoorbeeld by groniese tuberkuleuse salpingitis waargeneem word. Ek voeg egter dadelik by dat daar by histologies ondersoek geen spoor van tuberkulose te vind is nie.

Vlak onder die serosa van die regter tuba is kleine splete te sien, enkele met bloed gevul ? vena.

Die regter ovarium word in skuinfrontale rigting deurgesny met die uterus. Daar blyk 'n innige verbinding te

bestaan tussen ovarium en baarmoeder. In die ovarium is 'n sentrale holte bekleed met 'n vry dikke witte soom, die bodem daarvan is oneffen, die holte is leeg, daar is geen bloed cystes nie; een enkele corpus fibrosum word gevind en 'n paar kleine cystes.

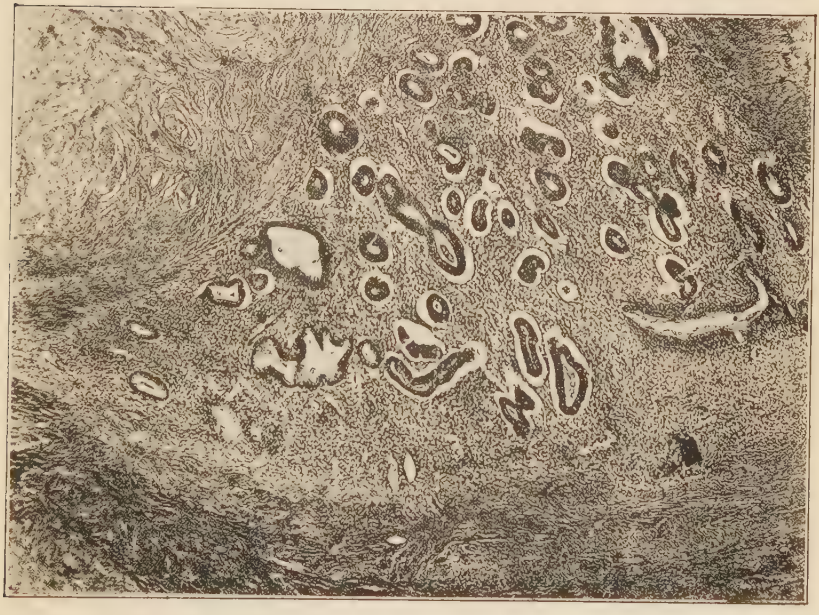
'n Blokkie word uitgemeen loodreg op die tubair wand met mee-neming van 'n stuk ovarium. Hierby word 'n dwars koepe van die tuba getref en 'n uitlopende punt van die cystewand. 'n Blokkie word ook gesny evenwydig aan die vorige snee uit die onderpool van die ovarium, in verbinding met die hilusweefsel. Hierin sit 'n klein bloed cyste, 'n stuk wand van die grote cyste en net bo die rand van die cystewand 'n stuk donker ovariale weefsel wat miskien 'n bloeding in die stroma mag wees. Verder word aan weerskante van die skuinfrontale snee deur ovarium en baarmoeder 'n driekwart c.M. dikke stuk ovarium en spier evenwydig aan hierdie snee uitgesny. Die doel van die laaste is om te sien of nie miskien die endometrium deur die baarmoeder spier-wand kan vervolg word tot in die ovarium. Dit is Lockstädt immers geluk om so die endometrium te vervolg tot in 'n subsereus adenomioom. Vervolgens word ook 'n stuk geneem uit die regter tubairhoek, en enkele stukke uit die adhesie-weefsel. Sampson het verskillende kere kon aantoon dat in gevalle van adenomioma van die ovarium die adhesieweefsels ook adenomiome bevat.

Mikroskopies word nóg in die tubairhoek, nóg in die uterus wand nóg in die adhesieweefsel adenomiome gekry nie. In die stuk geneem loodreg op die tubawand tref ons die tuba in 'n dwarse rigting. Die lumen is geoblitereer. As die tuba verder vervolg word in die serie koepes dan

word die lumen naar die fimbriale uiteinde toe weer oop.

Die weefseleiland wat sig al by loepe vergrooting onderskei het, blyk 'n driehoekig veld van endometriumagtige weefsel te wees, waarvan die histologie presies dieselfde is as in die endometriumagtige weefsel in die linker ovarium. In die rigting naar die grote sentrale cyste is uitlopers van hierdie weefsel te vind. Hier is die klierbuise verwyd tot duidelike ruimtes, selfs kleine bloedcystes. Die sirkulaire spierwand van die tuba laat sig met die kleuring van GIESSON gemaklik terug vind. Tussen die spierlaag van die tuba en die veld van endometriumagtige weefsel lê 'n dikke spierlaag, meermale dikker as die tuba spierlaag. Die bundels van die spierlaag is in hoofsaak dwars getref. Aan die ander kant van die endometriumagtige veld is haas geen spier nie, wat daar is, is in lengte rigting getref. Wat betref die grote sentrale cyste, bevat die wand daarvan epiteel maar geen trilhaar nie. Die epiteel is van allerlei selvorme, van hoog silindries tot plat kubies en op talryke plekke ontbreek die epiteel. Die weefsellaag onder die epiteel gelege is byna oorals deurset met limfo- en leukosiete. In die holte lê lappies epiteel, leukosiete, rooibloedligaampies en makrofage waarin duidelik die rooibloedligaampies in die sellyf te herken is. Sou dit die „endothelial leucocytes" van SAMPSON wees. Ek denk nie dat die cyste tot die adenomioom behoort nie maar is 'n gewone ovariaal cyste met bloeding wat opgeruim word. Verder is die ovarium hieperemies, op enkele plekke is heel kleine ophopinge van limfosiete. Van follikels is niks meer te sien nie, daar is massas van korpora albikansië. Met die elastine kleuring vertoon die weefsel-eilande self geen elastiese vesels nie, maar daar is veel in die spierweefsel,

1



2

onregelmatig verspreid. Daar was geen plasmaselle aantoonbaar nie.

In koepes deur die rest van die ovarium geneem word op verskillende plekke klierbuise en kleine bloedhoudende ruimtes getref.

Fig. 1. Is 'n mikrofotografie gemaak van die linker ovarium. Die omsingelende spierlaag is duidelik sigbaar.

Fig. 2. Hierby is afgebeeld die eiland endometriumagtige weefsel in die regter ovarium. Die spierlaag aan die een kant is te sien.

Fig. 3. Sterke vergroting van enkele klierbuise uit Fig. 3.

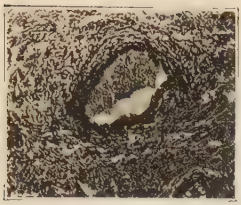
Fig. 4. Is die uterus slymvlies van die selfde pasiente.

HOOFDSTUK V.

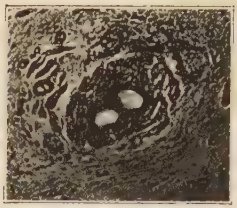
Toevallige vondse in die Ovarium.

By die ondersoek van die verskillende ovaria het daar dikwels epiteel-buise in voor gekom wat nie tuis te breng was nie. Sommige daarvan word hiernaas afgebeeld. Ek maak melding van die epiteelbuise omdat hulle in vier van die gevalle hier getoon, te same met bloedcystes in die ovarium voor gekom het, met die oog op die feit dat die diagnose van adenomioom van die ovarium in die teenwoordige tyd gemaak word op grond van die aanwesigheid van 'n bloedcyste en „gland tubules". *Daar kom veel„gland tubules" in die ovarium voor wat nie van endometriale tiepe is nie.*

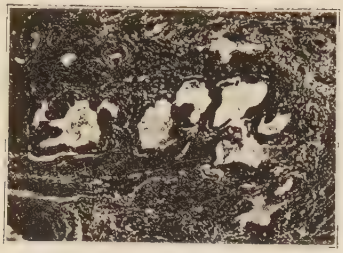
Fig. 5 en 7 is mikrofotografië geneem uit preparate van ovaria afkomstig uit die privaat praktyk van Professor van Rooy. Altwee ovaria was deurset met bloedcystes. Die inhoud van die cystes was nie teeragtig nie, maar gewone bloedstolsels. Die wande van die cystes het niks vertoon nie wat hulle onder die rubriek adenomioom kon laat breng nie. In Fig. 5 is afgebeeld 'n epiteelbuis met silinder epiteel. Die epiteel bevat geen trilhaar nie, en sitogene weefsel ontbreek. In Fig. 7 lê 'n groep van klierbuise, met laag kubies epiteel bekleed. Dit lyk niks op die endometriumagtige weefsel nie, maar wel veel op die epiteelbuise wat ook gevind is in die ovarium waar adenomiom in gekry is, in die vorige hoofdstuk beskryf.



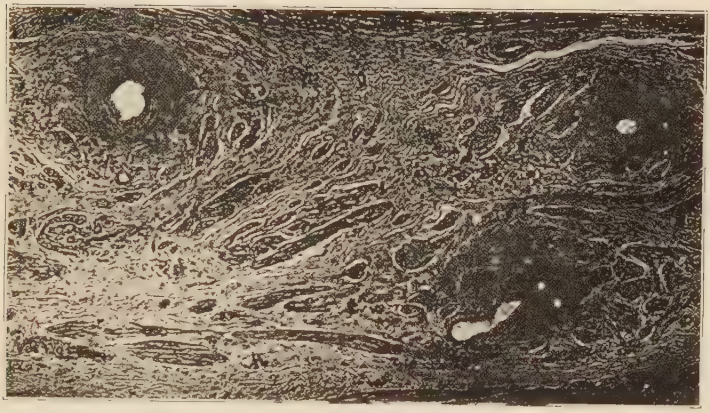
5



6



7



8

9

Fig. 6 en 8 is gefotografeer uit preparate uit die wande van grote bloedcystes. Dit is epiteelbuise omring deur 'n sirkulair laag gladde spier weefsel, wat dwars getref is. Die epiteel is laag-kubies.

Fig. 9 is 'n afbeelding uit 'n ovarium waarin niks besonders voorkom nie, behalwe die spleet in die mikrofotografie weergegee. Ek wys dit, omdat hier die verskynsel waarop LAUCHE nadruk lê by sy beskrywing van adenomiome in die nawel, laparotomie-littekens, darmwand, en liesgebied, naamlik dat daar holtes gevorm word, waar, aan die kant waar 'n kussen van sitogene weefsel voorkom, die epiteel silindries is en aan die ander kant waar die aangrensende weefsel selarmer is, die epiteel kubies is, ook te sien is. Ek wou aantoon dat die verskynsel hom nie beperk nie tot die holtes by adenomioom gevorm. In verskeië ovaria kom dergelike splete voor, waarby aan die een kant die epiteel duidelik hoog silindries is, en aan die ander kubies. Aan die kant van die hoë epiteel is die aangrensende weefsel seker selryker, maar nie opvallend nie.

HOOFDSTUK VI.

Beskouinge.

Byna van af die eerste begin van die vraagstuk van die adenomiome is dit 'n stryd gewees. In die eerste instansie was dit die kwessie van die etiologie. Die vroegste skrywers het 'n beskeië mening geuit dat die woekeringe miskien Müllerse reste sou wees, maar na v. Recklinghausen se boek verskyn het, kry 'n mens die indruk dat vir 'n aantal jare dit byna 'n persoonlike kwessie geword het. Maar wat die moeilikhede van die reeds op sigself moeilike onderwerp, nog veel erger gemaak het, was dat nie alleen die een teorie van ontstaan die ander snel opgevolg het nie, maar dat een en dieselfde ondersoeker ook agtereenvolgens ewe oortuigend die een teorie na die ander verdedig het, en die resultaat is, vir so ver ek dit verstaan dat die etiologie verskillend opgevat word. Op één lokalisasie sou dus die adenomioom sy afstamming aan 'n Wolfse rest te danke hê, op 'n twede aan 'n Müllerse rest, op 'n derde sou dit van die uterus mukosa ontstaan en weer op 'n vierde van die epiteelselle van die serosa, en so gaan dit aan. Nie alleen dit nie, maar die adenomiome is nie meer adenomiome nie, hulle is salpingitis isthmica nodosa in die tuba, of adeno-mio-hieperplasie in die uterus. Neem die laaste stuk van Professor Meyer, waarin hy Frossner beantwoord, wat hom beskuldig van von Recklinghausen uit die mode te gebreng het. Hierin vind ons dat die tumore van die tubaire hoek nie as geswelle

erken is nie, hulle is almaal salpingitis isthmica nodosa, met uitsondering van sy eie geval, wat afkomstig is van oernierreste. Hy sê die ontstekingsagtige slymvlies-heterotopie is in die tuba veelvuldig ; in die baarmoeder is slymvlies-heterotopie sonder spierwoekering 'n daaglikse verskynsel, maar spierwoekering is meer veelvuldig dan word aangeneem. Of hiermee bedoel word eenvoudige hieperplasie van die aanwesige spier elemente of nuwvorming van spierweefsel word nie duidelik gemaak nie. Verder sê hy, die ontstekingsetiologie, in sover sy „einseitig als infektiös-entzundlich gilt" mag in die uterus as seldsaam beskou word. Enige prikkel wat die slymvlies herhaaldelik tref, soas b.v. „der von mir als Entzündung aufgefassten menstruation" mag in aanmerking kom. Die wand verdikking is 'n adeno-miohieperplasie, 'n uitdrukking wat hy verkies in tegenstelling met die false betiteling adenomioma. Maar wat nou eintlik 'n adenomioom is, word ons nie vertel nie.

Nieteenstaande dit, weet ons tog definitief dat daar 'n geswel of woekering voorkom op verskillende plekke, wat ten dele naby mekaar lê, maar ten dele ook degelik ver van mekaar verwyder is ; ons weet verder dat die histologiese bou van die woekeringe op die verskillende plekke presies die selfde is, en ons weet ook dat al die woekeringe periodiese bloedinge vertoon. En daarmee is dit uit met wat ons weet. Die enigste verskil wat ons kry tussen die woekeringe is, dat by die meeste duidelik aanwesigheid van gladde spierweefsel voorkom maar dat die hoeveelheid verskil, en soms ontbreek die spierweefsel helemaal. Dit is 'n feit wat aanleiding gegee het tot baie stryd. Aan die eenkant word beweer, die spierontwikkeling is 'n intrinsieke deel van die geswel, daar word gevorm epiteel buise, stroma

en gladde spierweefsel, dus 'n egte adenomioom. Aan die anderkant egter, dat die spierontwikkeling nié voorkom nie, of, ás dit voorkom, dan is dit geen „Geschwulsteigenes" weefsel nie, dus die woekering is 'n adenoom. In die gevalle waar dit wel voorkom, sou dit wees 'n hieperplasie van reeds aanwesige spierelemente wat toe te skryf is, óf aan die prikkel uitgaande van epiteel buise, óf aan 'n ontstekings prikkel.

Deur 'n ontstekingsprikkel sou die omliggende bindweefsel terug differensieer in 'n „entzundlichen Keimgewebe" en hierdie weefsel sou die vermoë besit om sowel sitogene weefsel as gladde spierweefsel te vorm.

Lauche wil nie aan neem nie, dat die woekeringe spierweefsel as 'n intrinsieke deel bevat nie. Ek vind dit heel eienaardig dat hy in die geval van de Josselin de Jong somaar beweer dat die spierweefsel van die darmspier af te lei is. De Josselin de Jong is van mening dat hy in 'n geval van adenomioom van die dundarm duidelik kon aantoon dat die spier van die woekering niks met die darmspier te maak had nie. By die nawel-woekeringe help Lauche homself heel handig uit die moeilikheid van die aanwesigheid van spierweefsel. Hy beweer dat nuwvorming van spierweefsel alleen dáár voorkom waar die adenomiome ontstaan uit 'n persisterende embrionale soeloom uitbogting, en hy verklaar nou die aanwesigheid van spierweefsel in die nawelwoekeringe so: by die nawelwoekeringe waarin spierweefsel voorkom denk hy 'n oomblik aan 'n herkoms van die Duktus Omfalomesenterikus, maar verwerp dit dadelik op grond dat daar geen histologiese ooreenkoms is nie, en dat juis by die gevalle waar die meeste spierweefsel gekry is, die menstruasie verskynsels die sterkte waarge-

neem word. Hy stel hom die spier formasie so voor. Normaliter lewer die soelom van die nawelgebied nooit gladde spierweefsel nie. Maar hy neem aan dat dit die vermoë om dit te doen in vroeë embrionaaltyd gehad het. Die epiteliale „Organen Anteile" speel die beheersende en leidende rol, die embrionale bindweefsel die afhankelike, by die organe ontwikkeling. Die differensiasie van die bindweefsel hang af van die formatiewe prikkel wat van die „Organen Anteile" uitgaan. Mens hoef dus alleen die epiteelaanleg aan te neem. Die formatiewe prikkel is nie tot 'n korte ontwikkelingsperiode beperk nie maar bestaat voort, hetsy in verminderde mate. Verander dus onder patologiese omstandighede ergens die epiteel, dan moet onder die formatiewe prikkel die bindweefsel ook verander. By die fisiologiese nawelbreuk word gevang, nie alleen die epiteel nie, maar ook die daaronder liggende ongedifferensieerde mesenchym. Word nou die epiteel deur die selfde prikkel getref wat ergens anders tot adenomioom formasie lei, dan verander die persisterende soeloom, in die selfde hoog silinder epiteel as ergens anders. Die epiteel oefen nou op die daaronder geleë mesengiem 'n veel sterker prikkel uit, as byvoorbeeld die peritoneale epiteel op die daaronder liggende, reeds gedifferensieerde bindweefsel sou uitoefen, en vorm, deur die sterke prikkel op die makliker reagerende mesengiem, nie alleen sitogene weefsel nie, maar ook gladde spiervesels. Waarom dit allen by mesengiem moet gebeur verstaan ek nie goed nie. Lauche self lê herhaaldelik nadruk op die formatiewe prikkel van die epiteel. Dit is my nie erg duidelik waarom in sommige gevalle dit by die formasie van sitogene weefsel moet bly staan nie. Waarom kan dit nie verder gaan nie ? Neem ons

die ovarium. Ek denk LAUCHE sal toegee dat daar hier geen persisterende embrionale mesengiem is nie, en dat gladde spierweefsel behalwe 'n heel klein biekie, in die hilus, nie 'n normale bestanddeel van die ovarium is nie. Hoe stel hy hom nou die ontstaan van gladde spierweefsel in hierdie lokalisasie voor ? In een van my preparate is daar 'n dikke spierlaag om 'n betreklik kleine veld van endometriumagtige weefsel. Die spiervesels loop in allerlei rigtinge, en kom voor in kleine, dig mekaar geleë, spierbundelkies wat dwars getref word. In die twede ovarium is alleen aan die eenkant van die endometriumagtige weefsel 'n dikke spierlaag, meestal dwars getref, aanwesig, aan die anderkant maar enkele vesels wat in lengte rigting te sien is. Soas in 'n vorige hoofstuk gemeld, word byna altyd spierontwikkeling in die ovarium aangegee met uitsondering van MULLER en SAMPSON. Dikwels kom by dieselfde geval in die een ovarium wel spierweefsel voor, en in die twede ovarium geen spierweefsel nie. Die vraag word gestel of ons dalk met twee aparte dinge sou te make het ; één waarby spierontwikkeling voorkom, en één waarby dit nie voorkom nie. Dit is moontlik maar lyk my nie waarskynlik nie. Dat die spierontwikkeling 'n latere stadium in die ontwikkeling is, is ook moontlik. Ek weet ook nie hoe dit uitgemaak kan word nie. In die gevalle van pasiente op leeftyd wat aan heel iets anders dood is, en waarby toevallig adenomiome gevind word, sou 'n mens kan sê dat hier werkelik die woekering alle tyd gehad het om sy spierweefsel te vorm. Maar daar teen is weer die onmoontlikheid om vas te stel presies op watter tydstip die adenomioom begin het. Die intreding van die menopouse, kan denkelik 'n stilstand in die woekering te weeg gebreng het. Ek kom nie verder

nie. Ek kan alleen konstateer dat by my geval wel 'n spierontwikkeling was wat baie moeilik sou terug te breng wees tot eenvoudige hieperplasie van alreeds aanwesige spierelemente.

Ek moet eerlik beken dat dit my nie heel duidelik is waarom daar oor gestry word nie. Die feit bly tog dat daar gladde spierweefsel voorkom in hierdie woekeringe. Ergens moet dit vandaan kom. En of dit nou uit die subsereuse bindweefsel ontstaan, of uit die bindweefsel waarin die epiteel buise hulle toevallig bevind, altweekeer onder invloed van die formatiewe prikkel wat van die epiteel aandele uitgaan; of dat die selfde prikkel werk op gladde spiervesels wat reeds aanwesig is om nog meer te gee, lyk my nie belangryk nie. Die spierweefsel is daar en behoort as sodanig tot die woekering.

Dat die woekeringe 'n verband het met die ovaria lyk op die eerste gesig meer dan waarskynlik. Dit staan vas dat die woekeringe alleen nog waargeneem is by vrouë en wel by vrouë in die geslagsrype periode. En al ander ding wat ook by vrouë voorkom, en alleen in die geslagsrype periode is die funksionerende ovarium. Dit lê dus erg voor die hand om die twee dinge in verband te breng. Maar ons stuit al dadelik teen besware. Die ovarium funksioneer al vanaf die puberteit. Neem aan dat die gemiddelde leeftyd waarin die puberteit optree twaalf jaar is. Waarom wag die ovarium nou byna altyd agtien jaar voor dat sy inwerking opdie woekeringe te voorskyn kom? Immers die leeftyds grense vir die optrede van adenomiome is opgegee as van dertig tot die menopouse. Is daar 'n verskil tussen die hormone van 'n vrou van twintig, wat tog wel degelik as geslagsryp kan beskou word, en die van 'n vrou van dertig?

Of is daar soms 'n ander faktor in die spel ? Dit word verder beweer dat na die menopouse die woekeringe ook nie meer, of uiterst selde voorkom. Word miskien bedoel dat in die leeftyd tussen dertig en die menopouse die woekeringe besware gee en nie daar ná nie ? BABES se geval was een-en-neentig, VON RECKLINGHAUSEN gee gevalle aan waar die pasientes een-en-sestig, neen-en-sestig, een-en-sewentig, twee-en-sewentig en tagtig jaar oud was. In veel van die gevalle is die pasiente aan heel iets anders dood en is die vonds 'n toevallige, maar in net soveel gevalle tussen die bogemelde lewensperiode is adenomiome ook 'n toevallige vonds. Dit word ook beweer dat na die menopouse die woekeringe atrofies word, en tot stilstand kom. Sommige skrywers egter beweer dat hoewel daar atrofie waar te neem was, dit lang nie so duidelik was nie as die atrofie van die baarmoederslymvlies in dieselfde geval. 'n Mens kon aanneem dat die ovarium alleen die funksie van die woekeringe beinvloed, maar hier stuit ons weer teen 'n moeilikheid. Daar is gevalle beskryf waar na wegname van altwee ovaria, met agterlating van 'n gedeelte van die woekering, die pasiente na 'n paar jaar te gronde gegaan is deur voortskreiding van die proses. CULLEN gee 'n geval waar twee jaar van te vore 'n histerektomie gedaan is met reseksie van 'n stuk van die voorste wand van die rektum. Die pasiente kla steeds oor abdominale pyn, en vir maande het sy 'n byna voortdurende bloeding uit die darm. By operasie blyk dat die oorsaak 'n adenomiome van die darm is. CULLEN denk dat as stukke van die woekering agtergelaat word, sal hulle aanhou groei en tot adhesies en ander komplikasies lei wat die dood kan veroorsaak. Nou kan gesê word die ander endokriene kliere neem die

ovariale funksie ten dele oor. Maar vir twee jaar! Om hier die bestaan van 'n aksessoriese ovarium aan te neem is te gesog. Hier sien ons dus die teenstrydige feite. 'n Ovarium wag vir agtien jaar voor hy deur sy werking adenomiome veroorsaak. Die adenomiome menstrueer saam met die uterus mukosa tot die menopouse. Die adenomiome word atrofies na die menopouse. Die adenomiome bly voort woeker na wegname van die beide ovaria. Het die ovariaal sekresie nou 'n invloed op die adenomiome of nie? Is dit, gegewe 'n latente eigenskap van een of ander selgroep om dit te doen, 'n prikkel uitgaande van die interne sekresie van die ovarium wat die adenomiome in die lewe roep? Ek waag dit nie om te antwoord nie. Waar kom die adenomiome vandaan? Die meest gangbare mening teenwoordig is dat dit 'n heterotope woekering van serosa epiteel is, ontstaan deur 'n onbekende faktor onder invloed van die interne sekresie van die ovarium. Vooral LAUCHE bepleit sterk die eenheid van oorsprong, tog word deur die meeste ondersoekers aangeneem dat die woekeringe soms van die serosa, soms van Wolfse reste, soms van mukosa, ens. uit sou gaan. 'n Afkoms van die Wolfse reste lyk die vreemdste.

Ons het twee individus, een van ieder geslag. In altwee word 'n dubbel sisteem aangelê waaruit die geslagskliere en organe moet ontwikkel. In die man verdwyn nou die een sisteem gedurende sy ontwikkeling, op enkele reste na, namelik, die Müllerse sisteem. Die Wolfse sisteem lewer daarteen, die spesiefieke geslagsdele op. In die vrou is dit net andersom. Die Wolfse sisteem verdwyn nou op enkele reste na, en die Müllerse sisteem vorm die spesiefieke geslagsdele. Nou lyk dit heel vreemd om te denk dat van

reste van 'n orgaan wat dien om iets heel spesiefiek nl. teenoorgestelde geslagdele op te lewer, juis deur een of ander prikkel nou die omgekeerde geslagsdeel, namelik 'n soort baarmoeder, moet gaan vorm. Neem ons egter met Muller aan dat in die deriwate van die soeloomwand wat die Wolfse ligaam en gang, die Müllerse gang en die peritoneum moet lewer, daar gedeeltes is, of selle, of selgroepe, wat die onderdrukte eienskap besit om die Müllerse gang of die uterus te produseer. Deur een of ander faktor word die latente eienskap losgelaat en die resultaat is 'n adenomioom of endometriomioom, net soas mens dit wil noem. Gaan ons net vêr genoeg terug dan sien ons dat al die teorië van ontstaan reg kan wees. Ek sien geen rede om soas Lauche doen, te sê die mukosa van die uterus en die peritoneum is een, en dus pas 'n ontstaan uit die uterus mukosa, wat vir die uterine adenomiome aangeneem word, goed by die teorie dat die woekeringe uit die serosa epiteel hulle oorsprong neem. Waarom kan hy nie verder gaan nie en ook die Wolfse gange saam reken nie. Dit bly egter vreemd waarom die woekeringe so laat optree. Is dit misskien aan 'n weerstandsvermindering van die organisme te wyte ? Eweneens is dit eienaardig dat die toestand sig tot vrouë beperk en dat analoge woekeringe tot sover nog nie by die man waargeneem is nie.

Wat nou die veelvuldige voorkom betref, deur Sampson en Meigs beskryf, en die seldsame voorkome volgens die vastelandse skrywers, denk ek dat dit 'n kwessie van opvatting is. Wat verstaan ons onder 'n adenomioom ? Volgens my beskeië oortuiging, het 'n mens geen reg om as adenomiome op te vat bloedcystes wat 'n wandbekleding van trilhaarepiteel, of van laag, kubies, tot silinder epiteel

het, of waarin 'n afgestote epiteellaag in die cysteholte gevind word, of waar helemaal geen epiteel meer oor is nie, omdat daarby voorkom 'n bloeding in die stroma van die ovarium. Bloeding in die ovariaal stroma tree na die geringste aanleiding op. Ook vind ek dit nie geregtig om aan te neem nie dat, omdat op die bekkenorgane adenomiome voorkom en in die ovarium 'n pigment vlekkie waarin ou bloed aangetoon kan word, dit hier gaan om 'n kleine oppervlakkige ovariaal hematoom, wat gebars het, implantasie adenomiome verwek het en self spoorloos verdwyn het, behalve vir die genoemde pigment vlekkie. Dit is moontlik, ja, alles is ten slotte moontlik! Ek het al in die vorige hoofstuk SAMPSON se diagnostiese gronde uiteen geset, en wil hier net aanhaal wat hy in sy twede stuk beweer.

„The lining of the hematomas presented a varied histologic picture. Some were completely lined with epithelium, low to columnar, the cuboidal and columnar type prevailing and usually with evidence of hemorrhage, recent or old (the latter shown by the blood pigment) in the ovarian tissue beneath the overlying epithelial lining. Glandlike structures *were occasionally found* in this stroma resembling uterine glands. In other hematomas the epithelial lining was for the most part lacking and the hematoma was lined by a pigmented luteallike layer of ovarian tissue — the pigment for the most part being in cells of the type of endothelial leucocytes. Some of these hematomas demonstrated what seemed to be relining of the hematoma by epithelium apparently entering the hematoma at the site of the perforation".

Ek het SAMPSON se gevalle nagegaan, wat die histologie betref. Hy is nie duidelik nie. So in byvoorbeeld die eerste

tien gevalle wat hy in sy laaste stuk beskryf, word daar maar in drie gevalle gesê dat daar endometriumagtige weefsel te kry was. Vir die rest het hy dit net oor die hematomas waarin toestande voorkom soas hierbo aangehaal. Geloof skyn 'n grote rol te speel. In hematomas waar geen spoor van epiteel was nie „glo" SAMPSON dat dit tog 'n „endometrial" hematoma" is, waarskynlik omdat dit pas by sy teorie van implantasie, en sou die adenomiome op die bekken organe verklaar. As ons dit wil aanneem, dan sal waarskynlik die statistiek vir Amsterdam ook in die hoogte gaan. Ek het my egter nie geregtig gevoel nie, om iedere bloedcyste wat 'n epiteel laag in voorkom, as 'n adenomioom op te vat nie. Die vereiste vir so 'n woekering is die aantoon van endometriumagtige weefsel met sy sitogene weefsel. Ek kon aantoon, in één ovarium waar adenomioom voorkom, 'n driehoekig veld van endometriumagtige weefsel wat 'n uitloper maak diep in die ovarium en bloedcystes vorm met duidelike silinder epiteel, met trilhaar, en sitogeen weefsel daarom heen ; ook in die sitogeen weefsel vlak naas die epiteel laag van die cyste lê enkele klierbuise. In die midde van die ovarium is die grote cyste wat leeg was. Dit kon volgens SAMPSON ook 'n bloedcyste wees. Ek denk dit egter nie. Vir die beskrywing van die wand van die cyste verwys ek naar die vorige hoofstuk.

SAMPSON maak nie van spierweefsel melding nie, waarskynlik omdat die grootste gedeelte van sy adenomiome alleen hierdie hematomas is. Daar bestaan 'n dringend gevaar dat ons hier te doen het met die geboorte van 'n modetoestand. Die engelse skrywers, onder die indruk van SAMPSON se werk, is nou sterk geneig om al die „tarry cysts" wat in samenhang met adenomiome in ander lokalisa-

sies voorkom as adenomiome te beskou nietteenstaande die feit, dat hulle op die toestand verdag was en gesoek het naar endometriumagtige weefsels *en dit nie gekry het nie.* Ook die voorkome van die tiepiese verskynsels by operasie breng hulle op 'n dwaalspoor. As by operasie gevind word 'n toestand waarby veelvuldige adhesies voorkom, wat by die losmaak veel moeite verwek, en by die ontwikkeling van die adneksa of die tumor, sjokeladekleurige vloeistof afloop, dan hoef dit nog lang geen adenomioom te beteken nie. Dergelike gevalle het meermaals by operasies in die Amsterdamse vroue kliniek voorgekom en by 'n sorgvuldige histologiese ondersoeking was geen spoor van adenomiome aan te toon nie. Hierby wil ek nie te kenne gee nie dat ek geen waarde heg aan die werk van Sampson. Inteendeel, ek wil alleen sê dat hy nie voldoende duidelik bewys het nie dat sy „hematomas of endometrial type" werkelik adenomiome is nie. Hy kan nie verwag dat 'n mens moet aanneem dat hy die endometriumagtige weefsel gekry het in al die gevalle waar hy alleen melding maak van hematomas en dan nog hematomas selfs sonder epiteel bekleding, en selfs ook in gevalle waar alleen van pigmentvlekkies sprake is. Ek kan nie glo nie dat alleen die ginekologiese patoloog-anatome van Amerika so 'n eienaardige en opvallende afwijking in die ovarium op sou gemerk het. Viral daar die belangstelling in die vraagstuk so heftig is in die teenwoordige tyd.

Wat die benaming betref lyk my die deur Professor Blair Bell voorgestel die beste. Hy noem hulle endometrioom waar geen spierweefsel voorkom nie, en endometriomioom waar wel spierweefsel is. Die naam sou nie alleen op die histologie betrekking hê nie maar ook op die fisologie, naamlik die menstruele funksie. Daar is veel voor te sê.

Daar kom namelik ander woekeringe voor wat met absolute juisheid adenomioom genoem kan word, soas die woekering in die maagwand waar ek van melding gemaak het. Hier is ook klier en spier formasie. Maar daar is geen funksie by nie, en geen sitogene weefsel nie, en dit sou veel verwarring voorkom as ons 'n duidelike skeiding kon maak tussen die soort adenomioom en onse woekeringe.

Literatuur.

v. Babo, Ueber intraovarielle Bildung mesonephrischer Adenomyome und Cystadenome. Archiv. f. Gyn. Bd. LXI. 1900.

Baldy and Longscope. Adenomyoma of the Uterus. Am. Jour. of Obst. No. 45.

Blumer. A case of Adenomyoma of the Round Ligament. Am. Jour. of. Obst. 1898.

Babes, Uber Epitheliale Geschwülzte in Uterusmyomen. Allgem. Wiener Med. Ztg. 1882.

Czerny. Das Giraldessche Organ. Arch. f. mikrosk. Anat. Bb. XXXIII.

Chiari. Zur path. Anatomie des Eileiterkatarrhes. Prag. Zeit. f. Heilkunde. 1887.

Cullen, Diseases of the Umbilicus. 1916.

————, Adenomyoma of the Rectovaginal Septum Jour. Am. Med. Ass. 1914.

————, Adenomyoma of the Round Ligament. J. Hopkins Hosp. Bull. No. 62—63. 1896.

————, Distribution of Adenomyomata containing Uterine Mucosa. Am. Jour of Obst. 1919.

————, Adenomyoma of the Rectovaginal Septum. J. Hopkins Hosp. Bull. Nov. 1917.

————, Adenomyoma of the Rectovaginal Septum Jour Am. Med. Ass. Aug. 1916.

————, Adenomyoma of the Utérus 1908.

————, Distribution of Adenomyoma containing Uterine Mucosa. Arch. Surg. Sept. 1920.

————, Surgical Diseases of the Umbilicus Jour. Am. Med-Ass. Feb. 1911.

Casler. A Unique Diffuse Uterine Tumor, really an Adenomyoma, with Stroma but no glands etc. Trans. Am. Gyn. Soc. 1919.

Engelhardt, Noch ein Fall von Adenomyom des Lig. Rot. Virchows Archiv. Bd. C.LVIII.

Eden and Lockyer, New System of Gynaecology.

Frossner, Die Ausbreitung der Urniere, mit besonderer Rucksicht auf die Genese der v. Recklinghausenschen Geschwülste 1921.

v. Franque, Ueber Unierresten in Ovar. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bb. XXXIX.

————, Salpingitis Isthmica Nodosa u. Adenomyoma Tubae Zeitsch. f. Geb. XLII. 1900.

Fränkl, Adenomyoma Ligamenti Rotundi bei Uterus Bicornis Unicollis Myomatosus Gyn. Gesellsch. in Wien Dec. 1911.

————, Adenomyoma Ligamenti ovarii. Archiv. f. Gyn. Bd. XCIII 1911.

————, Zentralbl. f. Gyn. Bd. XXXVI 1912.

Griffiths, Proc. Roy. Soc. July 1914.

Gottschalk, Demonstration zur Entstehung der Adenome des Tubenisthmus. Verhandl. d. Ges. u. Geb. u. Gyn. 1900.

———— Zeitsch. f. Geb. u Gyn. Bd. XLII. 1900.

Hart, Histologisch benigne metastasen vom Bau eines Adenyoms 22 Jahre nach Extirpation eines Tumors der Genitalien. Frankf. Z. für Path. Bd. X. H. 1.

Hartz, Ein Cystöser Tumor (Cystadenom) von der hinteren Bauchwand entstanden aus Resten des. Wolf. Körp. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX.
———, Neuere Arbeiten über die Mesoneph. Geschwülst. Monatsch. fur Geb. u. Gyn. XIII.
Hoehne, Arch. f. Gynac. No. 74.
v. Herff. Uber Cystomyome u. Adenomyom der Scheide. Verh. d. Deut. Gesell. f. Gyn. 1897.
————, Monatsch. f. Geb. 1899.
Hedley, Haematoma of Ovary. Jour of Obst. and Gyn. Brit. Emp. XVIII.
Hicks, Endometrioma of the Ovaries Jour. of Obst. and Gyn. of Brit Emp. Vol 30. 1923.
Iwanoff. Drusiges Cysten haltiges Uterusfibromyom complicirt durch Sarcom u. Carcinom. Monatsch f. Geb. u. Gyn. VII. 1898.
Janney, Rare ovarian Anomaly. Am. Jour. Obst and Gyn. Feb. 1922.
Kleinhaus, Beitrag z. Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genital traktus Zeitsch. f. Geb. 1904 Bd. LII.
Kaufmann, Spezielle Pathologische Anatomie.
Kosmann, Die Abstammung der Druseneinschlüsse der Uterus und Tuba. Arch. f. Gyn. LIV. 1897.
Lockyer, Fibroids and Allied Tumors.
————, Proc. Roy. Soc. 1913.
————, Obst. Trans. Vol XLVIII p. 84 r 128.
Lochrane, An Endometrial Adenoma of the abdominal wall following ventriauspension of the Utérus Tour of Obst. en Gynae of Brit. Emp. XXX 1923.
Leitch Proc. Roy. Soc. 1914.
Lauche, Die extragenitalen heterotopen Epithel wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut. Vischows Archiv. 243.
Lockstädt, Uber das Vorkommen und die Bedentung von Brüsenschlauchen in den Myomen des Utems. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI.
Meyer R., Zur Frage der Urnierengenese von Adenomyomen. Zentrb.' f. Gyn. No. 15 1923.
————, Ueber die Genese der cystadenome und Adenomyome. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXVII H 2.
————, Ueber Drüsen, Cysten Adenome im Myometrium bei Erwachsenen Zeitsch. f. Geb. u. Gynae 1900 u. 1901 Bd. XLII, XLII, XLIV.
————, Ueber eine adenomatöse Wucherung der Serosa in einer Bauchnarbe Zeitsch. f. Geb. u Gyn. XLIX H. 1.
————, Adenofibrom des Lig. Ovar. prop. Zeitsch. f. Geb. u Gyn. Bd XLVIII H 3.
————, Ueber adenomatöse Schleimhautwucherungen in der Utérus u. Tubenwand usw. Virchow Archiv. Bd. CLXXII S. 394.
————, Eine Unbekannte Art von Adenomyom des Utérus mit einer Kritischen Besprechung der Urnierenhypothese v. Recklinghausen's Zeit f. Geb. u Gyn. Bd. XLIX H 3.
————, Ueber Adenom u. Karzinom bildung an der Ampulla der Gartnerschen Ganges. Virchows Archiv. Bd. CLXXIV.
————, Adenomyometritis am Graviden Utérus, von der Schleimhaut u. von der Serosa ausgekend Zeitsch. f. Geb. u Gyn. Bd. LIV. H 1.
————, Ueber entzündliche heterotope Epithelwucherungen im Weiblich Gen. Gebiete usw. Virchow. Archiv. Bd. CXCV.
————, Adenomyom vom Serosa epithel ausgehend. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. LIV H. I.

MEYER R., Ueber denStand der Frage der Adenomyositis u. Adenomyome im allgemeinen usw. Zentralb. f. Gyn. No. 36. 1919.
MEYER J. Ueber Adenomyoma Uteri. Zeitsch. f. Geb. 1904.
MULLER, Adenosis Ovarii. Ned. Tijdsch. v. Geneesk. XXVIII 1922.
MAHLE and MAC-CARTY, Ectopic Adenomyoma of Uterine type. Jour Lab.-and Clin. Med. Jan. 1920.
MEIGS, Endometrial Haematomas of Ovary Bost. Med. and Surg. Jour. CLXXXVII. 1922.
MALCOLM, Papilliferus Carcinoma of the Ovary ass. with Adenomyoma of the Utérus. Proc. Roy. Soc. Med. 1915.
MURRAY BLAIR, Ovarian Haematomata Surg. Gyn. en Obst. Sept. 1923.
NORRIS, Ovary containing Endometrium Am. Jour. Obst. en Gyn. May 1921.
NOVAK, Abdominal Haemorrhage of Ovarian Origin. Jour Am. Med. Ass. LXVII 1917.
——, Haematomata of the ovary including Corp. Lut. Cysts Bull. J. HOPKINS Hosp. XXVIII.
OPITZ, Ueber Adenomyome und Myomen der Tuben und des Uterus, nebst Bemerkungen über die Entstehung von Ovarial geschwülsten. Zeitsch. f. Geb. u Gyn. Bd. XLII. 1900.
PICK, Ueber Adenome der männlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spurius. Berl. Klin. Wochensch. 1905.
——, Mesoneph. Adenomyome. 1899.
——, Ein Neuer Typus des Vol. paroöphoralen Adenomyoms Arch. f. Gyn. Bd. 54. 1897.
——, Uber Adenomyoma der Epoöphoron u. Paroöphoron. Virch. Arch. Bd. CLVI. 1899.
——, Ist das Vorhandensein der Adenomyom des Epoöphoron erwiesen? Zentr. f. Gyn. 1900. No. 15.
——, Die Adenomyome der Leistengegund und des Scheidengewolbes, etc. Arch. fur. Gyn. LVII.
PFANNENSTIEL, Ueber die Adenomyome der Genitalstranges Verh. d. Deutsch. Gesell. f. Gyn. 1897.
ROSINSKI, Lymphangiektatisch Adenomyom des Lig. Rot. Zentr. f. Gyn. 1899.
RIBBERT, Geschwulst-lehre.
RABINOWITZ, Adenomyoma of the ovary. Am. Jour Obst. LXXVI. 1917.
————, Med. Rec. XCII. N. Y.
v. RECKLINGHAUSEN, Die Adenomyome und Cystadenome der Utérus- und Tubenwandung 1896.
RUSSEL, Aberrant Portions of the Müllerian Duct found in the Ovary. Bull. J. HOPKINS Hosp. 1899.
SAMPSON, Life history of Ovarian Hematomas of Endometrial Type. Am. Jour. of Obst. and Gyn. Vol iv No. 5 1922.
————, Perforating Hemorrhagic (Chocolate) Cysts of the Ovary. Arch. of Surg. Vol. iii 1921.
————, Ovarian Hematomas of Endometrial Type (Perforating Hemorrhagic Cysts of the Ovary) and Implantation Adenomas of Endometrial Type. Bost. Med. en Surg. Jour. Vol. 186 No. 14 1922.
————, Intestinal Adenomas of Endometrial Type. Arch. of Surg. Vol. 5 1922.
STARR JUDD AND GOULDS, Adenomyoma involving the Sigmoid. Surg. Gyn. en Obst. Nov. 1923 Vol XXVII No. 5.
SAVAGE, Haematoma of Ovary. Brit Jour of Gyn. No. XX 1905.

Stevens, Adenomyoma of the Rectovaginal Septum. Proc. Roy. Soc. Med. Vol IX No. 5. 1916.
——— Ibid. Vol iii Pt. 2.
Schickele, Die Lehre von den Mesonephrischen Geschwülsten. Zentralbl. f. Algem. Path. Bd. XV.
———, Weltere Beitrage zur Lehre von den Mesoneph. Tumoren. Hegars Beiträge Bd. VI.
Semmelinck en de Josselin de Jong, Beiträge z. Kentniss der Adenomyome des Weib. Genit Appar. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Bb. XXII H. 1.
Stickney, A Case of diffuse Adenomyoma of the Utérus with discrete Adenomyoma over the left Ureter John Hopkins Hosp. Bull. XXVI. 1915.
Sänger, Weitere Beiträge zur Lehre von den primäiren desmoiden Geschwülsten der Gebärmutterbänder, besonders der Lig. rot. Archiv. f. Gyn. XXI. H. 2. 1883.
Tietmeyer, Zur Kasuistik der Adenomyome. 1903.
Taylor, Obstet. Trans. V. XLVIII for 1906.
Wolf, Ueber Haematoma Ovarii Arch. f. Gyn. LXXXIV 1908.
Weisshaupt, Ein Fall von Extraperitonealem Adenomyom und zwei Fälle von intraperitonealem Myomen des Lig. Rot. etc. Arch. f. Gyn Bd. XCIX.